Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Améliorer la prévention
des chutes et des erreurs liées à la médication :
De la stratégie à l'action
Volet : Chutes

14-735-02W © Gouvernement du Québec, 2014

Québec

Les annexes 13 et 14 de ce document ont été reproduites intégralement afin de respecter le contenu des auteurs. Toute reproduction partielle ou totale du contenu de ces annexes doit faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable auprès des auteurs respectifs indiqués à la fin de chacune des annexes concernées.

Le présent rapport ne constitue pas nécessairement les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il représente l'opinion des auteurs du rapport Améliorer la prévention des chutes et des incidents et accidents liés à la médication : de la stratégie à l'action (volet chutes) du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins. Son contenu n'engage que ses auteurs.

Édition :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

http://intranetreseau.rtss.qc.ca ou **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-71659-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

GROUPE D'EXPERTS SUR LES CHUTES

Docteure Nadine Larente	Présidente du groupe de travail sur les chutes Gériatre, CUSM
Madame Micheline Watier	Infirmière, Conseillère à la qualité – CQA
Madame Tanya Mac Donald	Évaluatrice de la qualité – Agrément Canada
Madame Hélène Riverin	Conseillère clinicienne en physiothérapie CSSS de la Vieille-Capitale
Madame Brigitte Lavoie	Adjointe à la direction de la qualité et des opérations, CHSLD Juif de Montréal
Madame Martine Daigneault	Infirmière à l'éducation, coordonnatrice de la sécurité des résidents, Hôpital Sainte-Anne
Madame Brigitte Tardif	Conseillère en amélioration continue de la qualité, Direction des affaires stratégiques, Hôpital Sainte-Anne Anciens Combattants Canada
Madame Lynda Simard	Consultante, Gestionnaire de projet

COMITÉ DIRECTEUR

Docteur Jacques Ramsay	Président du Comité directeur Coroner et médecin de famille, GMF Marguerite d'Youville Directeur de l'enseignement et de la recherche CSSS de l'Énergie
Maître Suzanne Bisaillon	Fellow, CIRANO – Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations
Docteur Régis Vaillancourt	Directeur de la pharmacie, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
Madame Marie-Anne Bracco	Directrice de l'Agrément du CQA
Madame Micheline Watier	Infirmière, Conseillère à la qualité – CQA
Madame Tanya Mac Donald	Évaluatrice de la qualité – Agrément Canada
Madame Hélène Riverin	Conseillère clinicienne en physiothérapie CSSS de la Vieille-Capitale
Madame Catherine Maranda	Conseillère à la Direction de l'éthique et de la qualité, MSSS Membre du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins
Madame Nathalie Desrosiers	Directrice de l'éthique et de la qualité, MSSS

GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS

Docteur Daniel Chartrand	Président du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins Directeur adjoint, Département d'anesthésie, Université McGill
Madame Markirit Armutlu	Coordonnatrice du programme de la qualité, Hôpital général juif de Montréal
Maître Suzanne Bisaillon	Fellow, CIRANO – Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations
Docteure Anne-Marie Bourgault	Médecin spécialiste en maladies infectieuses et en microbiologie, CHUM
Docteur Robert Dubé	Secrétaire-trésorier CMDP CHU Sainte-Justine Président, Comité central d'évaluation Professeur agrégé de Clinique, Université de Montréal
Madame Michelle Dionne	Représentante de la population, conseillère en gestion de risques
Docteur Yves Patenaude	Professeur agrégé Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Hôpital Fleurimont, Département de radiologie diagnostique
Monsieur Yvan Gendron	Directeur général associé, CHUM
Docteure Yolande Leduc	Médecin de famille, Clinique Sainte-Catherine, Département de natalité, Hôpital Pierre-Boucher
Madame Patricia Lefebvre	Directrice de la qualité, Centre universitaire de santé McGill
Monsieur Renald Lemieux	Directeur général adjoint au Dossier de santé du Québec, MSSS
Monsieur André Néron	Directeur associé-Président Comité patient expert Direction collaboration et partenariat patient Université de Montréal, Faculté de médecine, Vice-décanat au développement continu des compétences professionnelles
Docteure Louise Passerini	Pneumologue et intensiviste, CHUM, Professeur à l'Université de Montréal à l'Hôpital Charles-LeMoyne et à l'Université de Sherbrooke
Docteur Jacques Ramsay	Coroner et médecin de famille, GMF Marguerite d'Youville
Madame Lucie Trudel	Représentante de la population, Gestionnaire de projet Technologie de Qualité et gestion des processus Pratt & Whitney Canada
Madame Catherine Maranda	Conseillère à la Direction de l'éthique et de la qualité, MSSS
Madame Lynda Simard	Consultante, Gestionnaire de projet

COLLABORATION

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Agences de la santé et des services sociaux (ASSS)
Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)
Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada)
Institut de la statistique du Québec (ISQ)
Réseau pour l'amélioration continue de la qualité (RACQ)

SECRÉTARIAT

Bertrande Landry
Nathalie Béliveau
Isabelle Paquet

RÉVISION LINGUISTIQUE

CTC Traduction

Monsieur le Ministre,

Il me fait grand plaisir de vous présenter le fruit de la vaste réflexion entreprise par le groupe d'experts sur la prévention des chutes. Leurs conclusions et les recommandations qui en découlent permettront, j'en suis sûr, de tracer les prochaines étapes d'une initiative concertée, à la fois localement, régionalement et nationalement, pour améliorer le bilan en matière d'accidents et incidents survenant lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux. Vous remarquerez que les experts se sont intéressés non seulement aux solutions, mais aussi, et de manière significative, à la façon de mettre en place les différentes mesures proposées. Je suis convaincu que l'accompagnement qui doit être fourni aux organisations ainsi qu'aux professionnels et travailleurs de la santé est la clé pour assurer la diffusion et la pérennité des changements à mettre en place.

En terminant, vous me permettrez de saluer le travail considérable accompli par tous les membres du comité directeur de même que des deux groupes d'experts. Je souhaite particulièrement souligner la contribution de la D^{re} Nadine Larente et de Mme Lynda Simard.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur Jacques Ramsay
Président du Comité directeur
Coroner et médecin de famille
GMF Marguerite d'Youville

PRÉFACE

Au dernier Rapport semestriel, soit du 1er avril 2013 au 30 septembre 2013, plus de 76 367 chutes ont été enregistrées au Registre national des incidents et accidents, dont 60 ont conduit à un décès. Le groupe d'experts croit qu'il s'agit d'une sous-estimation du nombre de décès réels liés aux chutes dans les établissements de santé du Québec, compte tenu du fait que ceux-ci surviennent souvent quelques semaines après la chute et parfois dans un autre établissement. La chute est alors souvent considérée comme un facteur contributif au décès ou oubliée, le lien de causalité n'étant pas reconnu.

Ces constats sur le nombre de chutes tirés du Registre national sont la raison pour laquelle le MSSS a confié au GVSS le mandat de faire le point sur les meilleures pratiques devant exister dans les établissements en matière de prévention des chutes et des risques associés à celles-ci et d'évaluer la possibilité de les déployer dans tous les milieux concernés.

De l'avis du groupe d'experts qui a travaillé à ce mandat, la prévention des chutes représente un problème complexe. Contrairement aux problèmes simples pour lesquels on obtient des résultats satisfaisants et constants en appliquant une recette maintes fois testée et aux problèmes compliqués, pour lesquels l'utilisation de protocoles rigides donne de bons résultats, la prévention des chutes dépend d'un ensemble de facteurs s'influençant mutuellement, faisant appel aux connaissances, à la compétence et au jugement des intervenants de la santé. Elle doit en plus tenir compte de caractéristiques intrinsèques et de facteurs comportementaux variables selon l'usager à risque et de facteurs environnementaux.

Trop souvent, dans les hôpitaux et les centres de soins de longue durée, la prévention des chutes est abordée comme un problème simple (utilisation de règles de soins) ou un problème compliqué (recours à des protocoles de soins). Il est essentiel de développer une culture de sécurité où tous se sentent interpelés et prennent tous les moyens nécessaires à chaque instant pour prévenir les chutes. Le groupe d'experts estime que seule l'élaboration d'un programme complet intégrant une démarche d'amélioration continue couvrant des thèmes tels que la prévention primaire, secondaire et tertiaire, la responsabilisation, le développement des compétences et du jugement clinique, le suivi et l'évaluation des résultats du programme, peut parvenir à diminuer le taux de chute de façon durable et entraîner autant une amélioration de la qualité de vie et du niveau fonctionnel des populations à risque que des économies concernant le système, justifiant ainsi l'investissement de ressources humaines et financières.

À la suite de l'enquête sur les programmes de prévention des chutes utilisés dans les établissements, le groupe d'experts a constaté une grande variabilité dans la qualité des programmes fournis et soupçonne une égale variabilité dans l'attribution des ressources pour la mise en place de programmes de prévention des chutes. Le groupe d'experts a longuement réfléchi à une façon d'accompagner le plus concrètement possible les établissements dans cette démarche nécessaire de révision des stratégies de prévention des chutes. Il s'est donc attardé à définir les caractéristiques d'un programme efficient et s'est inspiré de l'écocycle de Hurst et Zimmerman (1994) pour proposer un modèle dynamique de prévention des chutes. Le groupe suggère aussi un cadre de référence pour chacune des quatre (4) phases du modèle dynamique proposé, basé sur des données probantes tirées de la recension des écrits.

Le groupe d'experts estime que pour diminuer le taux de chute chez les 75 ans et plus dans les établissements de santé du Québec, certains préalables minimums sont requis :

- une augmentation de la responsabilité individuelle et collective à tous les niveaux est essentielle;
- chaque établissement doit avoir élaboré un programme complet et de qualité sur la prévention des chutes, lequel doit s'appuyer sur des données probantes;
- les établissements doivent allouer les ressources (humaines et financières) nécessaires pour l'implantation, le suivi et l'évolution du programme, incluant l'accompagnement des équipes soignantes, et ce, de façon permanente;
- la prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans les établissements doit s'inscrire dans un continuum de soins et de services, intégrant les stratégies de prévention développées pour la clientèle à domicile, hospitalisée et résidant dans tout type de milieu d'hébergement, public ou privé.

Le groupe d'experts qui s'est réuni pendant tout près d'un an, a élaboré un ensemble de recommandations concrètes qui s'adressent à tous les milieux de soins, aux agences et aux centres de la santé et des services sociaux (ASSS et CSSS), ainsi qu'au MSSS. L'emphase est placée sur l'accompagnement des milieux vers le changement de culture nécessaire. Quatre recommandations sont particulièrement importantes aux yeux du comité et constituent des moyens qui vont permettre d'aider les établissements à développer une prévention efficace des chutes et des blessures reliés aux chutes. Ces quatre recommandations sont énoncées dans le sommaire avant d'être élaborées plus en détail dans le rapport. La liste des 24 recommandations suit le sommaire. La section 2 de ce document présente un résumé des résultats de l'ensemble des travaux du groupe et les principales recommandations en découlant. La section 3 présente les quatre phases du modèle dynamique de prévention des chutes et le cadre de référence associé à chacune, le tout à l'intention de toutes les parties prenantes, mais en particulier des établissements. La section 4 décrit la structure permanente proposée par le groupe d'experts; cette structure jouera un rôle essentiel de leader afin d'assurer une prévention des chutes efficace dans le continuum de soins et une intégration de toutes les stratégies déjà en place vers l'action. Le programme provincial pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie s'est inspiré du succès du programme de contrôle et de prévention des infections; ainsi, ce programme aurait la responsabilité de s'assurer que tous les moyens possibles soient mis en place rapidement afin de développer une solide culture de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins et de services, autrement dit de passer de la stratégie à l'action. Plus qu'un vœu pieux, la prévention des chutes doit être une responsabilité sociale…

Nous souhaitons à tous une bonne lecture et la meilleure des réussites dans la prévention des chutes et des blessures associées!

Le groupe d'experts sur les chutes

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE 1

LISTE DES RECOMMANDATIONS 9

1. INTRODUCTION 13

2. OBJECTIF, MÉTHODE, RÉSULTAT ET RECOMMANDATIONS 18

2.1 Identification des meilleures interventions en prévention des chutes 18

2.2 Identification des liens entre le délirium et les chutes dans les hôpitaux de soins de courte durée 19

2.3 Présentation d'un cadre de référence pour la prévention des chutes 20

2.4 Analyse des rapports de coroner en lien avec les chutes (2008 à 2010) 21

2.5 Analyse des taux de conformité de la POR sur la prévention des chutes 22

2.6 Identification des pratiques exemplaires à partir de la base de données d'Agrément Canada 23

2.7 Analyse de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée 24

2.8 Analyse de programmes de prévention des chutes à travers le Québec 25

2.9 Analyse des rapports semestriels des incidents et accidents (1er avril 2011 au 30 septembre 2013) et du sondage des gestionnaires de risques, membres du RACQ 27

2.10 Répertorier et identifier des modèles de structure applicables au contexte québécois pour la coordination des efforts en prévention des chutes 28

2.11 Analyse des évènements ayant conduit au décès 29

3. CADRE DE RÉFÉRENCE ET IMPLANTATION 31

3.1 La prévention des chutes : un problème complexe 31

3.2 Définition de « Programme de prévention des chutes » 32

3.3 Modèle dynamique de prévention des chutes 34

3.4 Modèle dynamique : Bref sommaire de chacune des phases 37

3.5 Préalables et engagement 38

3.6 Phase I : Création 39

3.6.1 La description du contexte 39

3.6.2 L'Énoncé de la problématique 40

3.6.3 Les objectifs du programme 40

3.6.4 La définition des concepts 41

3.6.5 Les utilisateurs ciblés 42

3.6.6 La population visée 43

3.6.7 Les facteurs de risque de chute 44
3.6.8 L'évaluation des facteurs de risque 45
3.6.9 Les activités du programme (interventions) 47
3.6.9.1 Interventions primaires (préventives ou universelles) 47
3.6.9.2 Interventions secondaires 48
3.6.9.3 Interventions tertiaires (post-chute) 59
3.6.10 La documentation du plan d'interventions 61
3.6.11 La communication 61
3.6.12 L'implantation 63
3.7 Phase II développement : Programme de prévention des chutes implanté 68
3.8 Phase III réajustement : Programme de prévention des chutes établi 69
3.9 Phase IV maturité : Programme de prévention des chutes 69
4. DÉVELOPPEMENT D'UNE STRUCTURE PERMANENTE 71
4.1. Structure provinciale permanente : le Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins (PPPCPA) 73
4.2 Comité provincial permanent pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie 75
4.3 Table provinciale du continuum de prévention des chutes et de la perte d'autonomie 76
4.4 Tables régionales du continuum de prévention des chutes et de la perte d'autonomie 77
4.5 Les comités de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans les établissements seraient responsables de : 78
4.6 Le centre d'expertise et d'accompagnement aux tables régionales et aux établissements 79
4.7 Le rôle des organismes d'agréments et des ordres professionnels 79
4.8 Investissement dans une structure d'accompagnement 81
5. CONCLUSION 83
GLOSSAIRE 85
BIBLIOGRAPHIE 86
LISTES DES ANNEXES 96

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Structure provinciale pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie 5

Tableau 2. Taux de conformité : POR prévention des chutes : Québec et Canada..... 22

Tableau 3. Problèmes simple, compliqué et complexe..... 31

Tableau 4. De l'approche centrée sur le patient vers l'approche patient-partenaire 62

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAPA	Approche adaptée pour la personne âgée
CECR	Centre d'expertise clinique en radioprotection
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CQA	Conseil québécois d'agrément
CUSM	Centre universitaire de santé Mc Gill
DGPPQ	Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité
GRIS	Groupe interdisciplinaire en santé
GVSS	Groupe Vigilance pour la sécurité des soins
ICSP	Institut canadien pour la sécurité des patients
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISAR	Identification of Seniors At Risk
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ISMP	Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments
ISO-SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
MSSS	Ministère de la Santé et Services sociaux
POR	Pratique organisationnelle requise
PRISMA-7	Outil de repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave
RACQ	Réseau pour l'amélioration continue de la qualité
RNIASSSS	Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux
RSIPA	Réseaux des soins intégrés aux personnes âgées
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services

SOMMAIRE

CONTEXTE

Depuis les premières données compilées au Registre national des incidents et accidents, les constats sont les mêmes d'un rapport semestriel à l'autre :

Du 1er avril 2011 au 30 septembre 2013 (compilation des données des cinq rapports semestriels sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec) :

Les chutes et les erreurs de médicaments sont à l'origine de la majorité des incidents et accidents et affectent en majorité les personnes âgées :

- les chutes sont à l'origine d'un peu plus de 34 % des déclarations d'incidents ou d'accidents. Un peu plus de la moitié des évènements soit 51 % survient chez les personnes âgées de 75 ans et plus;
- les évènements déclarés liés aux chutes ont conduit à un total de 267 décès.

MANDAT

En juin 2013, le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des aînés, le Dr Réjean Hébert, a confié au Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) le mandat de faire le point sur les meilleures pratiques en matière de prévention des chutes et des erreurs de médicaments et d'évaluer la possibilité d'en proposer le déploiement dans tous les établissements de soins concernés.

BUT

Le but du présent document est de formuler des recommandations stratégiques et opérationnelles en regard des évènements liés aux chutes chez les personnes âgées hospitalisées ou hébergées dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Les recommandations en lien avec les incidents et accidents liés aux médicaments sont présentées dans un document séparé.

Les travaux du groupe d'experts sur les chutes ont porté principalement sur la prévention des évènements en lien avec les chutes touchant surtout les personnes âgées de 75 ans et plus, dans les centres hospitaliers (CH) et les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). Le groupe d'experts a également cru bon d'étendre sa réflexion à la prévention des chutes dans la communauté (incluant à domicile, en ressources intermédiaires et résidences privées) en raison des interrelations existantes et nécessaires dans tout le continuum de soins et de services.

FONCTIONNEMENT

Le GVSS était responsable du projet. Le GVSS est composé d'experts reconnus pour leur expertise en matière de prestation sécuritaire des divers services de santé et services sociaux.

Le Comité directeur était responsable de la gestion stratégique du projet et était composé de certains membres du GVSS et de certaines personnes-ressources également reconnues pour leur expertise.

Les travaux des groupes d'experts sur les chutes et les erreurs liées à la médication étaient sous la responsabilité du Comité directeur, lequel a approuvé les orientations et faisait rapport de l'avancement des travaux au GVSS sur une base régulière.

Finalement, les deux groupes d'experts sur les chutes et les erreurs liées à la médication étaient responsables des travaux spécifiques sur chacune des deux questions; ils étaient principalement formés d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux provenant de différents milieux ainsi que de représentants d'organismes d'agrément.

Une chargée de projet sous la responsabilité du président du Comité directeur était responsable de l'organisation des rencontres, de la détermination de l'ordre du jour et du secrétariat du Comité directeur et des groupes d'experts.

Au cours de la période du 1er juillet 2013 au 15 mai 2014 le Comité directeur s'est réuni à sept reprises. Un compte rendu de ces rencontres a été rédigé et approuvé par ses membres. Le groupe d'experts sur les chutes a tenu vingt-deux rencontres.

PRINCIPAUX CONSTATS

À partir d'une recension des écrits, de l'analyse des données issues du Registre national entre avril 2011 et septembre 2013, de l'analyse de rapports de coroner (2008-2010), de statistiques issues de l'Institut national de santé publique du Québec, de l'Institut de la statistique du Québec et de l'Institut canadien d'information sur la santé, de l'analyse d'un échantillonnage de programme de prévention des chutes dans les hôpitaux, CHSLD et CSSS du Québec et d'un sondage auprès de gestionnaires de risques, le groupe d'experts sur les chutes fait les constats suivants :

- Les chutes aux conséquences graves sont fréquentes dans les établissements du Québec et dans la communauté. Les coûts associés pour la province sont énormes.
- Il existe un ensemble d'interventions qui permettraient de réduire les chutes dans la communauté, à l'hôpital de soins de courte durée, dans les centres de réadaptation et dans les centres d'hébergement. Il est important de s'assurer que tout ce qui peut être fait pour prévenir les chutes et leurs conséquences soit mis en place.
- Plusieurs initiatives proposées par différents groupes visaient la facilitation de la mise en place des différentes composantes dans le cadre du continuum de services pour la prévention des chutes dans la communauté. Mentionnons entre autres la publication du cadre de référence (MSSS 2004), le référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes, fruit d'une collaboration France, Belgique, Suisse et Québec (Bourdessol et Pin, 2005), la publication du *Guide d'implantation : intervention multifactorielle personnalisée* (MSSS, INSPQ 2009), le guide d'animation du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED : Trickey *et al.*, 2011) et la publication du document intitulé *Prévention des chutes auprès des personnes vivant à domicile : analyse des données scientifiques préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique* (Gagnon et Lafrance, 2011). Le guide de pratique clinique n'est toutefois pas encore publié.
- En 2009, le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal est mandaté par l'INSPQ pour effectuer une analyse du processus d'implantation du continuum. Le groupe a constaté que le niveau d'implantation du continuum est partiel et variable selon les régions. Sans surprise, nous constatons que les

neuf recommandations découlant de cette évaluation sont toujours pertinentes (GRIS, 2009), d'où la nécessité d'une structure permanente pour assurer un leadership en la matière.

- En 2011, le MSSS lançait une initiative visant plus spécifiquement la clientèle hospitalisée. Priorité ministérielle, l'implantation élargie de l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* représenterait sans contredit un atout pour réduire les facteurs de risque de chutes (MSSS 2011). Le pourcentage d'implantation des interventions cliniques de l'AAPA, à la période 9 de l'année 2012-2013, se situait à 17 % à l'échelle de la province (Données non publiées du MSSS).
- L'analyse d'un échantillonnage de programmes dans les hôpitaux, CHSLD et CSSS a permis d'apprécier une disparité dans la qualité des programmes de prévention des chutes dans les établissements du Québec. Le groupe d'experts soupçonne une égale variabilité dans l'attribution des ressources pour la mise en place de programmes de prévention des chutes.

RECOMMANDATIONS

La prévention des chutes représente un problème complexe. Elle dépend d'un ensemble de facteurs qui s'influencent mutuellement, faisant appel aux connaissances, à la compétence et au jugement des intervenants de la santé. Elle doit en plus tenir compte de caractéristiques intrinsèques et de facteurs comportementaux variables selon l'usager à risque et de facteurs environnementaux.

Il est essentiel de développer une culture de sécurité où tous se sentent interpelés et prennent tous les moyens nécessaires à chaque instant pour prévenir les chutes. La reconnaissance que tous sont responsables collectivement, mais aussi individuellement, est un principe qui doit être partagé par tous les dirigeants, employés et intervenants. Le groupe d'experts estime que pour diminuer le taux de chute chez les 75 ans et plus dans les établissements de santé du Québec, certains préalables minimums sont requis :

- une augmentation de la responsabilité individuelle et collective à tous les niveaux est essentielle;
- chaque établissement doit avoir élaboré un programme complet et de qualité sur la prévention des chutes, lequel doit s'appuyer sur des données probantes;
- les établissements doivent allouer les ressources (humaines et financières) nécessaires pour l'implantation, le suivi et l'évolution du programme, incluant l'accompagnement des équipes soignantes, et ce, de façon permanente;
- la prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans les établissements doit s'inscrire dans un continuum de soins et de services, intégrant les stratégies de prévention développées pour la clientèle à domicile, hospitalisée et résidant dans tout type de milieu d'hébergement, public ou privé.

Dans ce contexte, et compte tenu des constats à la suite de ses travaux, le groupe d'experts a élaboré un ensemble de recommandations concrètes qui s'adressent à tous les milieux de soins, aux agences et aux centres de la santé et des services sociaux (ASSS et CSSS) et au MSSS. L'emphase est placée sur l'accompagnement des milieux vers le changement de culture nécessaire. Quatre recommandations sont particulièrement importantes aux yeux du comité et constituent des moyens qui vont permettre d'aider les établissements à développer une

prévention efficace des chutes et des blessures reliées aux chutes. Ces quatre recommandations principales sont, de l'avis du groupe d'experts, les plus à même d'apporter des résultats concrets, non seulement pour la prévention des chutes en établissement, mais également dans la communauté, entraînant ainsi d'éventuelles économies pour le système.

1. Recommandation en regard d'une structure permanente pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie

Le groupe d'experts recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux crée une structure permanente, identifiée comme le Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins et de services (PPPCPA).

Les objectifs de ce programme dans le continuum de soins seraient les suivants :

1. améliorer l'efficacité du système de santé dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire des chutes, du délirium et du déclin fonctionnel, à domicile et en établissement;
2. réduire les chutes dans la communauté et dans les établissements de santé du Québec;
3. réduire le taux de délirium lors d'hospitalisation;
4. réduire le déclin fonctionnel à la suite d'une hospitalisation;
5. prévenir la perte d'autonomie en établissement et à domicile;
6. retarder le recours à l'hébergement et favoriser le maintien à domicile des clientèles en perte d'autonomie;
7. améliorer la qualité de vie des personnes âgées vulnérables et des proches aidants.

La structure permanente provinciale proposée aurait pour but ultime de superviser l'implantation du continuum de prévention des chutes tel que déjà amorcé, mais en y ajoutant une composante, soit les programmes de prévention dans les établissements ainsi que l'implantation de l'AAPA dans les hôpitaux et la façon de l'adapter pour son implantation dans d'autres milieux du continuum, tels les ressources intermédiaires, les centres hospitaliers de soins de longue durée et les programmes de soins et services à domicile.

L'objectif spécifique de la structure permanente provinciale de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins serait la mise en place de stratégies efficaces visant le maintien de l'autonomie des clientèles âgées. Pour atteindre cet objectif, elle aurait pour rôles de :

1. conseiller le MSSS sur les stratégies à haut potentiel pour la prévention des chutes, du délirium et du déclin fonctionnel ainsi que sur les mesures favorisant l'implantation des approches adaptées à la personne âgée dans le continuum de soins;
2. surveiller la mise en place des mesures pour la prévention des chutes et les résultats obtenus après la compilation d'indicateurs uniformes pour tous les établissements;
3. favoriser la coordination des diverses initiatives déjà amorcées, le développement continu et la réévaluation périodique des pratiques pour maintenir et renforcer celles-ci;
4. faire la promotion d'approches amies des aînés, axées sur le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie.

Sous l'autorité du MSSS, le programme de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins pourrait se décliner selon la structure suivante :

a) le comité permanent pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins, dont la nature du mandat est d'ordre scientifique;

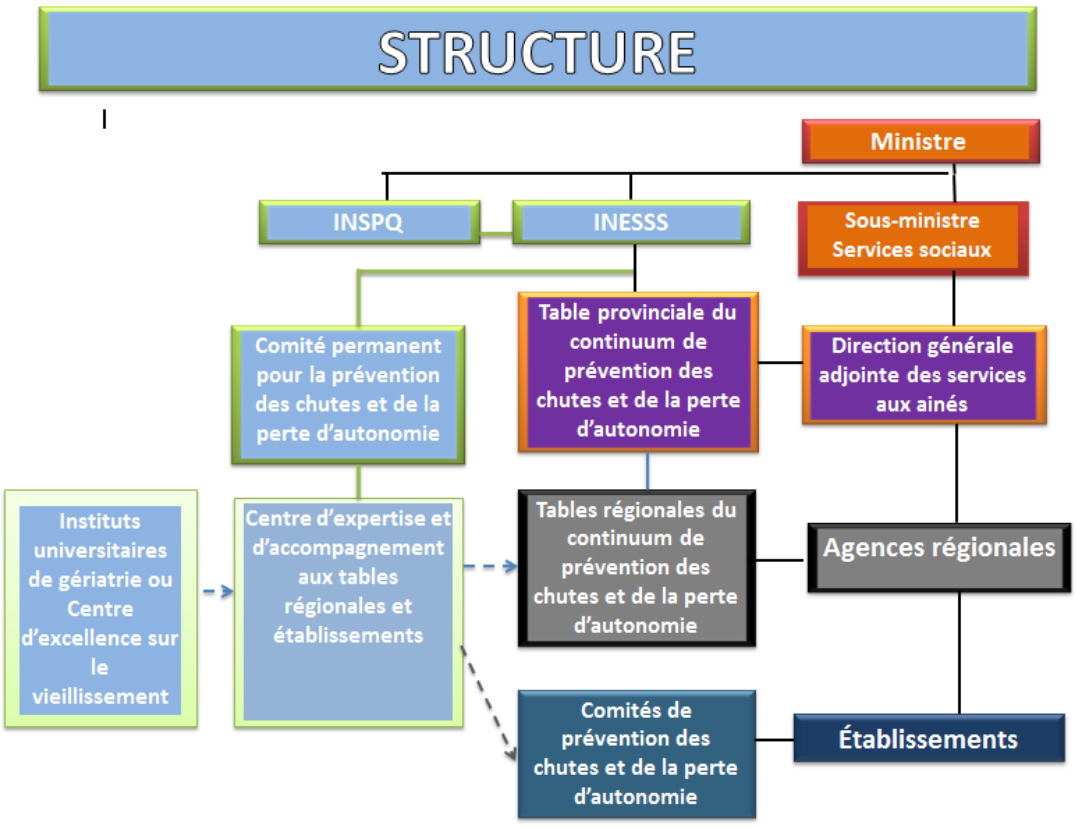
b) la table provinciale du continuum de prévention des chutes et de la perte d'autonomie, principalement responsable du développement de stratégies d'ordre opérationnel;

c) les tables régionales du continuum de prévention des chutes et de la perte d'autonomie, ultimement responsables de l'application des stratégies proposées par la table provinciale;

d) les comités de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans les CSSS et autres types d'établissements de santé du Québec;

e) le centre d'expertise et d'accompagnement aux tables régionales et aux établissements pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie, responsable d'accompagner les tables régionales et les établissements dans l'application concrète des stratégies de la table provinciale.

Tableau 1. Structure provinciale pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie



2. Recommandation en regard de l'investissement de ressources (humaines et financières) par les établissements

a) Le groupe d'experts recommande que le ministère via ses ententes de gestion, exige des établissements que soit alloué un pourcentage prédéterminé de leur budget, variable selon le type d'établissement et le pourcentage de personnes âgées desservies, entièrement dédié à la prévention des chutes et de la perte d'autonomie (incluant l'implantation de l'AAPA).

Cette enveloppe budgétaire ne devrait pas, de prime abord, servir à l'ajout de personnel soignant dans les unités de soins. De la même façon, elle ne devrait pas se faire aux dépens de réduction du personnel soignant. Elle doit plutôt servir à l'accompagnement des équipes en place. On pense ici, par exemple, à la création de postes de gestionnaires dédiés à la prévention des chutes et de la perte d'autonomie, de gestionnaires du changement, de cliniciens interdisciplinaires accompagnateurs (mentors, champions ou coachs).

b) Le groupe d'experts recommande que le ministère envisage de mettre en place des mécanismes incitatifs pour les établissements qui s'engagent à investir dans une telle démarche. Un mécanisme de reddition de comptes devrait également être prévu.

3. Recommandation en regard de l'utilisation du cadre de référence proposé (le modèle dynamique de prévention des chutes)

Le groupe d'experts recommande que les établissements utilisent le cadre de référence proposé dans ce rapport c'est-à-dire le modèle dynamique de prévention des chutes, dans le but d'élaborer un programme de prévention des chutes, d'évaluer un programme existant ou de l'améliorer en fonction des données probantes.

Les diverses composantes du cadre de référence proposé sont présentées à la section 3 de ce document.

4. Recommandation en regard des tournées intentionnelles (*hourly rounding*)

a) Le groupe d'experts recommande que les établissements envisagent fortement d'inclure la pratique des tournées intentionnelles, présentée dans le cadre de référence comme stratégie efficace pour implanter les interventions de prévention des chutes et de l'AAPA au chevet. Cette pratique est reconnue dans la recension des écrits et considérée comme une pratique exemplaire par plusieurs organismes régulateurs, dont Agrément Canada. Elle est, de l'avis du groupe d'experts, l'une des pratiques les plus prometteuses pour diminuer efficacement le taux de chute et implanter les principes de l'approche adaptée à la personne âgée.

b) Le comité d'experts recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux procède à un appel de soumissions pour lancer trois projets pilotes en CH (dont au moins un à l'urgence) et trois en CHSLD, subventionnés par le Ministère afin d'étudier l'efficacité et les coûts-bénéfices associés à l'implantation de la pratique des tournées intentionnelles.

Cette pratique est détaillée dans la section 3.6.9.2 de ce document.

CONCLUSION

Que l'on évoque les chutes en établissement, celles survenant à domicile ou dans les résidences pour personne âgées, les coûts humains, sociétaux et financiers qui y sont liés sont gigantesques. La recension des écrits nous apprend que l'on pourrait diminuer les chutes de 20 à plus de 30 %, autant à domicile qu'en établissement. Il est inacceptable d'un point de vue social, de ne pas prendre les moyens nécessaires pour atteindre ces cibles de réduction, autant en établissement qu'à domicile. Le Québec s'est déjà doté de stratégies basées sur des données probantes pour la prévention des chutes (le continuum de prévention des chutes à domicile et l'AAPA à l'hôpital). De l'avis du groupe d'experts, ces stratégies sont toujours pertinentes, mais les présents efforts pour leur pleine mise en œuvre vont s'avérer insuffisants à renverser la tendance. Il est temps de déployer les efforts et ressources nécessaires afin de développer une culture de sécurité à tous les niveaux d'interventions qui permettra l'obtention de résultats plus satisfaisants. Il est temps de passer de la stratégie à l'action. Il s'agit d'une responsabilité sociétale que le Québec ne peut négliger. Pour ce faire, il faut:

1. Se doter d'une structure permanente qui permettrait d'intégrer les stratégies existantes, de leur assurer une mise en œuvre uniforme à travers la province et de se donner les moyens d'en assurer un suivi à long terme, car le problème des chutes et de la perte d'autonomie ne disparaîtra pas avec le vieillissement rapide des 75 ans et plus.
2. Investir les ressources nécessaires pour passer de l'élaboration de programmes à leur implantation efficiente, incluant la nécessaire révision au fil du temps.

Coupler les efforts de l'AAPA et la prévention des chutes en CH permettra de ne pas créer une stratégie parallèle et ainsi demander encore plus d'efforts aux établissements; il faut toujours tenter de mieux utiliser les ressources dans une approche d'accompagnement lors de la mise en œuvre d'approches complémentaires et interreliées dans les unités de soins. Une telle façon de faire, de l'avis du groupe d'experts mènera à l'obtention de résultats, soit la diminution de la fréquence des chutes, du déclin fonctionnel et de l'incidence de délirium pour permettre ainsi de prévenir des incapacités, réduire le taux d'institutionnalisation et diminuer la durée de séjour en CH.

Une éventuelle adaptation des outils de l'AAPA et de leur utilisation dans les différents milieux d'hébergement et en soins à domicile constituerait un atout pour l'intervention sur les facteurs de risque modifiables dans ces milieux.

La prévention des chutes en établissement et celles qui surviennent à domicile ne peuvent être prises isolément l'une de l'autre. En effet, la prise en charge des usagers à risque de chutes à domicile diminue leur vulnérabilité lors d'une hospitalisation. Également, l'hôpital étant une porte d'entrée importante pour les clientèles âgées vulnérables, toute visite à l'hôpital représente une occasion d'identifier le risque de chute et de la perte d'autonomie. Par ailleurs, il est essentiel de pouvoir offrir le suivi des clientèles identifiées à risque, dès le congé de l'hôpital. À domicile, l'implantation des composantes de la prévention des chutes (l'intervention multifactorielle non personnalisée basée sur le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) et les pratiques cliniques préventives (PCP) à travers toutes les régions du Québec permettra de compléter le continuum de soins et services nécessaires. La structure permanente proposée permettra de coordonner les efforts de prévention des chutes et de la perte d'autonomie à domicile, en milieu d'hébergement et en milieu de soins de courte durée.

Au risque de se répéter, il est temps de tous se responsabiliser. Individuellement, chacun doit assumer son rôle dans la prévention des chutes et de la perte d'autonomie. Collectivement, il faut se donner les moyens de passer de la stratégie à l'action.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

La prévention des chutes et des blessures associées étant un problème complexe, plusieurs composantes doivent faire partie des solutions qui permettront de passer à l'action et de se doter d'une stratégie efficace afin de réduire les chutes chez les personnes âgées, et ce, dans le continuum de soins du domicile à l'hospitalisation ou à l'hébergement.

À la suite de ses travaux, le groupe d'experts a élaboré un ensemble de recommandations concrètes qui s'adressent autant aux milieux de soins qu'aux agences et aux centres de la santé et des services sociaux (ASSS et CSSS) et au MSSS.

Voici la liste de ces recommandations. Elles sont reprises de manière plus détaillée à l'annexe 1 et tout au long du texte de ce rapport.

LE COMITÉ D'EXPERTS RECOMMANDE QUE :

Voici les quatre recommandations principales.

1. Le ministère de la Santé et des Services sociaux crée une structure permanente, identifiée comme le Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins (PPPCPA) (section 4).

2. a) Le ministère via ses ententes de gestion, exige des établissements que soit alloué un pourcentage prédéterminé de leur budget, variable selon le type d'établissement et le pourcentage de personnes âgées desservies, entièrement dédié à la prévention des chutes et de la perte d'autonomie incluant l'implantation de l'AAPA (section 4.3).

   b) Le ministère envisage de mettre en place des mécanismes incitatifs pour les établissements qui s'engagent à investir dans une telle démarche. Un mécanisme de reddition de comptes devrait également être prévu.

3. Les établissements utilisent le cadre de référence proposé par le groupe d'experts dans ce rapport, c'est-à-dire le modèle dynamique de prévention des chutes, dans le but d'élaborer un programme de prévention des chutes, d'évaluer un programme existant ou de l'améliorer en fonction des données probantes (section 3).

4. a) Les établissements envisagent fortement d'inclure la pratique des tournées intentionnelles, présentée dans le cadre de référence comme stratégie efficace pour implanter les interventions de prévention des chutes et de l'AAPA au chevet. Cette pratique est reconnue dans la recension des écrits et considérée comme une pratique exemplaire par plusieurs organismes régulateurs, dont Agrément Canada. Elle est, de l'avis du groupe d'experts, des plus prometteuses pour diminuer efficacement le taux de chute et implanter les principes de l'approche adaptée à la personne âgée.

   b) Le ministère de la Santé et des Services sociaux procède à un appel de soumissions pour lancer trois projets pilotes en CH (dont au moins un à l'urgence) et trois en CHSLD, subventionnés par le Ministère afin d'étudier l'efficacité et les coûts-bénéfices associés à l'implantation de la pratique des tournées intentionnelles (section 3.6.9.2).

AUTRES RECOMMANDATIONS

En lien avec le programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie :

5. Chaque établissement doit mettre en place un comité interdisciplinaire de prévention des chutes et de la perte d'autonomie et nommer un responsable de programme et plusieurs champions et porteurs de programmes interdisciplinaires (section 4.1.5).
6. La table provinciale du continuum de prévention des chutes et de la perte d'autonomie crée un lieu d'échanges avec les organismes d'agrément, les ordres professionnels et le Bureau du coroner (section 4.7).
7. Le ministère propose à Agrément Canada d'exiger des établissements que leur programme de prévention des chutes s'appuie sur des données probantes et d'engager l'étude d'ajouter une POR sur la prévention des chutes à l'urgence (section 2).

En lien avec le cadre de référence :

8. Le MSSS, les ASSS, les CSSS et autres établissements de santé adoptent, pour faciliter la communication entre les intervenants de différents milieux et la comparaison (section 3.5.4) :
    a) des définitions communes pour les termes chutes, quasi-chute, chutes causant blessures, chuteurs à répétition;
    b) certains indicateurs communs tels le taux de chute par 1 000 jours-présence usager, la proportion de chutes avec blessures, le taux d'utilisation des contentions.
9. Le MSSS veille à l'adaptation des principes de l'AAPA dans les milieux d'hébergement et le domicile. Le mandat pourrait être confié au comité permanent pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie (sections 3.5.9.2.d et 4).
10. Les établissements s'assurent que les équipes de soins utilisent les outils de l'AAPA afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des plans d'interventions visant la modification des facteurs de risque les plus importants, incluant le délirium (section 3.5.9.2).
11. Les établissements s'assurent que les équipes de soins identifient les facteurs de risque du délirium, à l'admission et de façon continue à l'aide, par exemple, des fiches aînées de l'AAPA (section 3.5.9.2.d ii).
12. Les établissements s'assurent que les professionnels de la santé identifient le délirium. Le CAM (Confusion Assessment Method) est un exemple d'outil de dépistage validé (section 3.5.9.2.d. ii).
13. Les établissements s'assurent que soient effectuées la revue et l'ajustement de médicaments, sur une base régulière dans le cadre d'une collaboration médecin-pharmacien. Cette revue doit être effectuée à l'admission de l'usager, lors de changements dans sa condition et à une fréquence prédéterminée, variant selon le contexte (ex. courte ou longue durée) et prévue au programme (section 3.5.9.2.d ii).
14. Les établissements s'assurent que les chutes liées aux agressions entre usagers soient répertoriées et qu'un suivi de la tendance soit effectué afin d'être en mesure d'identifier les moyens d'interventions concernant ce facteur de risque (section 3.5.9.2 ii).

15. Les établissements s'assurent que soient mis en place des mécanismes pour favoriser et encadrer l'analyse de dossiers associés aux chutes tels que :

    a) une revue de dossiers liés aux chutes avec conséquences graves par le comité d'évaluation de l'acte médical ou le comité responsable de l'analyse des dossiers « mortalité-morbidité », de préférence avec l'équipe interdisciplinaire, à partir d'une grille d'évaluation;

    b) une revue de dossiers liés aux chutes avec conséquences graves par le comité de prévention des chutes et un suivi de l'évolution post-fracture, pour une période d'au moins trois mois et le partage de ces données avec les tables régionales de prévention des chutes, afin d'en dégager d'éventuelles tendances et permettre l'élaboration de recommandations à caractère systémique (sections 2.11 et 3.5.9.3).

    Pour ce faire, le groupe d'experts propose aux établissements d'adapter la grille d'analyse de chute ayant conduit à un décès ou à une conséquence grave préparée par le groupe d'experts (annexe 8).

16. Les établissements s'assurent qu'à l'urgence et à la clinique externe :

    a) soit faite la vérification de l'histoire de chutes (dans les douze derniers mois) pour chaque personne identifiée à risque selon un des outils de repérage utilisés à l'urgence (PRISMA ou ISAR) (section 3.6.9.2.c);

    b) soient évalués de façon systématique les facteurs de risque de chutes modifiables de toute personne âgée de 65 ans et plus, se présentant à l'urgence ou à la clinique médicale ayant fait une chute dans les douze derniers mois (c.-à-d. pratiques cliniques préventives) (section 3.6.9.2.c);

    c) soit faite l'investigation post-chute complète, pour les personnes âgées se présentant à l'urgence ou à la clinique externe à la suite d'une chute (section 3.6.9.2.c);

    d) soit dirigé systématiquement au CLSC ou au médecin traitant tout chuteur âgé de 65 ans et plus qui se présente à l'urgence, afin de mettre en place les interventions appropriées du continuum de services (section 3.6.9.2.c).

17. Chaque établissement identifie le matériel et les équipements jugés non adaptés et non sécuritaires, et élabore un calendrier de remplacement, lequel sera transmis annuellement à la table régionale pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie (section 3.6.9.d.iii).

18. Le MSSS publie, en collaboration avec le Collège des médecins, le *Guide de pratiques cliniques*, à partir du document de Gagnon et Lafrance 2011, et le distribue largement aux médecins et autres professionnels intervenant en première ligne auprès de personnes âgées (section 3.6.9.2.c).

19. Le MSSS s'assure qu'une participation de l'usager (patient) à tous les paliers du programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie soit prévue (sections 3.6.11 et 4).

En lien avec le Registre national et l'analyse des incidents/accidents :

20. Le MSSS poursuive l'optimisation des outils (AH-223) et des systèmes d'information (SISSS, GESRISK, et le registre national) pour faciliter l'analyse des évènements indésirables et l'identification des interventions appropriées (section 2.9).
21. Les gestionnaires de risques soient d'office sur les comités de prévention des chutes et de la perte d'autonomie des établissements et sur les tables régionales (sections 2.9 et 4).
22. Les établissements améliorent la déclaration des Incidents/Accidents (AH-223) et la capacité d'analyse des évènements et des données du registre local, avec le soutien des divers niveaux du PPPCPA (sections 2.9 et 3.6.9.3).
23. Le MSSS donne suite aux recommandations de 2012 du GVSS concernant le profil de compétences souhaité du gestionnaire de risques (section 2.9).
24. Le Bureau du coroner harmonise le mode d'évaluation utilisé par les coroners à l'aide d'un questionnaire d'investigation pour les décès suivant une chute chez les personnes de 75 ans et plus en CH, CHSLD, résidences privées ainsi que dans la communauté (section 2.4).

1. INTRODUCTION

Les chutes et les blessures reliées aux chutes constituent un problème préoccupant par leur fréquence, la gravité de leurs conséquences et les coûts associés. On estime que chaque année, de 20 à 30 % des personnes âgées chutent, cette proportion augmentant avec l'âge (Agence de la santé publique du Canada, 2014). Au Québec, 70 % des chutes chez les personnes âgées surviennent dans leur domicile (MSSS- Santé publique, 2012). En 2009-2010, le taux de Canadiens âgés rapportant une chute ayant entraîné une blessure dans l'année était de 57,5 pour 1 000, ce qui représentait une hausse de 43 %, comparativement à l'année 2003 (Agence de la santé publique du Canada, 2014). Les chutes sont la cause de 9 % des visites à l'urgence des personnes âgées de 65 ans et plus (ICIS, 2011). Au Québec, comme ailleurs, les chutes exercent une forte pression sur le système de soins de santé. Ainsi, annuellement, environ 16 000 hospitalisations surviennent à la suite d'une chute (MSSS, 2012). Il a été également démontré que le risque d'admission dans un établissement de soins de longue durée est au moins cinq fois plus élevé chez les personnes qui ont chuté au moins deux fois sans se blesser et dix fois plus chez celles qui ont fait une chute ayant entraîné une blessure grave (CCOTS, 2009).

Par ailleurs, plusieurs chuteurs vont développer un syndrome post-chute (peur de tomber), pouvant entraîner une diminution de l'autonomie et de la mobilité, un isolement et des symptômes dépressifs, conduisant à une restriction des activités et à une augmentation du risque de rechute (WHO, 2007). Les conséquences psychologiques et sociales des chutes chez la personne âgée représentent des causes fréquentes d'hébergement institutionnel ou de déménagement en résidences privées.

Du 1er avril 2011 au 30 septembre 2013, depuis le début des publications du Registre national des incidents et accidents, les chutes représentent 34 % de tous les incidents et accidents rapportés dans les établissements de soins de santé du Québec et ont entraîné 267 décès. Étant donné le vieillissement démographique, il est à prévoir que le problème des chutes va croître de façon exponentielle à moins que des moyens efficaces soient mis en place de façon permanente pour les prévenir. En effet, selon Kannus *et al.* (2007), le nombre de traumatismes liés aux chutes pourrait augmenter de 100 % d'ici 2030, si la situation ne change pas.

Il existe toutefois un ensemble d'interventions qui permettrait de réduire les chutes en communauté, à l'hôpital de soins de courte durée et dans les établissements de longue durée. Il est important de s'assurer que tout ce qui peut être fait pour prévenir les chutes et leurs conséquences soit mis en place, dans la mesure de nos moyens.

HISTORIQUE DE LA PRÉOCCUPATION POUR LA PRÉVENTION DES CHUTES

Au Québec, la préoccupation pour la prévention des chutes chez les ainés ne date pas d'hier. En effet, déjà en 1997, la prévention des chutes et blessures chez les personnes âgées a été élevée au rang de priorité nationale et, en 2001, la Direction générale de la santé publique du MSSS a mis sur pied un groupe de travail pour étudier la question. Par la suite, le Programme national de santé publique 2003-2012 a réitéré le caractère prioritaire de la prévention des chutes et a proposé des cibles pour rendre plus opérationnels les efforts de prévention.

Dans la foulée, la Direction générale de la santé publique du MSSS a élaboré un cadre de référence qui proposait la mise en œuvre d'interventions dans un continuum de services (MSSS, 2004). Trois interventions ont été retenues dans le cadre du continuum, soit :

a) les pratiques cliniques préventives (PCP) faisant la promotion des bonnes pratiques auprès des professionnels de première ligne;

b) l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) s'adressant à des personnes âgées en perte d'autonomie inscrites au soutien à domicile qui présentent une histoire de chute et un risque élevé de tomber de nouveau en raison de leur état de santé;

c) l'intervention multifactorielle non personnalisée basée sur le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) s'adressant à des personnes âgées présentant des problèmes d'équilibre ou se percevant à risque de chutes.

Ce cadre de référence du MSSS était accompagné d'un document complémentaire traitant de l'importance des chutes et recensant des études récentes sur les facteurs de risque de chutes (avec niveau de preuves) et les interventions efficaces. Notons que le cadre de référence a aussi été complété par un référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes, fruit d'une collaboration France, Belgique, Suisse et Québec (Bourdessol et Pin, 2005). Celui-ci se voulait un manuel de référence comprenant des outils de repérage et des interventions.

Quelques années plus tard, ont été publiés, le *Guide d'implantation de l'intervention multifactorielle personnalisée* (INSPQ, 2007; réédité en 2009) et *Prévention des chutes auprès des personnes vivant à domicile : analyse des données scientifiques préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique* (Gagnon et Lafrance, 2011). Il faut savoir qu'au moment de publier ses orientations ministérielles en 2004, le MSSS avait confié à l'INSPQ le mandat d'accompagner le processus d'implantation du continuum de services en prévention des chutes.

Enfin en 2011, le MSSS publiait le cadre de référence *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* et faisait aussi de ce projet une priorité ministérielle. Ce document s'inscrit en toute cohérence parmi les initiatives permettant de réduire les facteurs de risque de chutes chez la clientèle âgée hospitalisée.

Puisque les orientations ministérielles demeurent pertinentes, que nous disposons d'un ensemble d'interventions éprouvées et qu'une grande quantité de connaissances a été disséminée, il y a lieu de se demander si le défi de la mise en œuvre du continuum de services en prévention des chutes a été relevé. À cet effet, en 2009, le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal, mandaté pour effectuer l'évaluation de son implantation, affirmait que l'offre de deux interventions (IMP et PIED) variait d'une région à l'autre, mais qu'elle se développait graduellement, alors que l'implantation des PCP n'avait pas encore été initiée (GRIS, 2009). Au moment d'écrire ces lignes, l'offre de l'IMP et de PIED demeure variable, telles qu'en témoignent des communications informelles auprès de certaines agences et de CSSS par des membres du comité d'experts. Par ailleurs, le guide de pratique clinique qui permettrait de promouvoir les PCP auprès des médecins et autres professionnels intervenant en première ligne auprès des personnes âgées n'a pas encore été publié. Dix ans après la publication des orientations ministérielles du MSSS, force est de constater que le défi de leur pleine implantation demeure.

Concernant la mise en œuvre des composantes de l'approche adaptée dans les hôpitaux de soins de courte durée, des données provenant du ministère nous démontrent que là encore l'implantation des diverses composantes est fragmentaire (sondage effectué à la période 9 de l'année 2012-2013, données non publiées MSSS, 2013). Ainsi, l'on apprend que le pourcentage d'implantation des interventions cliniques de l'AAPA, à cette période, se situait à 17 % à l'échelle de la province. À la même période, le soutien à l'implantation était en place dans 85 % des hôpitaux, mais le taux d'implantation des composantes en lien avec la gouvernance clinique

n'était que de 56 %. Ces données démontrent également un faible taux d'implantation de la formation et des activités de coaching, soit 12 %. Bien entendu, le programme de l'AAPA n'a été lancé qu'en 2011. Cependant, compte tenu du potentiel de l'AAPA pour diminuer le taux de délirium et de déclin fonctionnel et par conséquent les taux de chute, le couplage des stratégies d'implantation de l'AAPA et de la prévention des chutes représente une avenue au potentiel élevé. Il apparaît donc important d'assurer le déploiement maximal des stratégies prévues afin d'assurer une implantation efficace des composantes de l'AAPA. Dans sa planification stratégique 2010-2015, le MSSS a stipulé que 60 % des établissements devaient avoir implanté l'AAPA pour 2015.

En bref, la pleine mise en œuvre des interventions qui existent à ce jour et l'utilisation des connaissances acquises permettraient de réduire les chutes dans la communauté, à l'hôpital de soins de courte durée et dans les établissements de longue durée. Compte tenu de l'ampleur du problème et de ses possibilités d'évolution, il est important de s'assurer que toutes les principales stratégies pour prévenir les chutes et leurs conséquences soient mises en place, dans la mesure de nos moyens. Il est temps maintenant de passer à l'action et de se doter d'une stratégie efficace afin de réduire les chutes chez les personnes âgées, et ce, dans le continuum de soins du domicile à l'hospitalisation ou l'hébergement. Il est temps d'investir dans une approche de prévention efficace qui tient compte de toute la complexité du problème et qui permet une meilleure intégration des stratégies existantes. Le groupe d'experts est d'avis que les résultats seront à la hauteur des efforts déployés et que des investissements suffisants permettront des économies au système de santé et ultimement, une amélioration de la qualité de vie des populations à risque.

AMPLEUR DU PROBLÈME DES CHUTES ET COÛTS ASSOCIÉS

La majorité des études estime l'incidence annuelle de chutes chez la personne âgée vivant à domicile de % 20 à 33 %. Jusqu'à un tiers de ces chuteurs rapportent des blessures nécessitant une consultation médicale et près de 10 % de ces chutes sont associées à des blessures graves telles des fractures ou des traumas crâniens (Peel, 2011).

Au Québec, de 1991 à 2010, le nombre annuel d'hospitalisations pour chutes avec fractures du col du fémur chez les femmes est passé de 2 889 à 4 165 et de 2 745 à 6 995 pour les chutes sans fracture (INSPQ, 2012). Plusieurs recherches démontrent que 95 % des fractures de la hanche sont secondaires à une chute et 20 % des victimes meurent au cours de l'année qui suit (Agence de la santé publique du Canada, 2014). Selon Robitaille et Gagné (2007), le risque de faire une chute entraînant une hospitalisation augmente de 7 fois chez les 65-74 ans et les 85 ans et plus. Même avec un taux de chute demeurant le même, compte tenu du vieillissement de la population, il faudra prévoir une augmentation des consultations médicales, des visites à l'urgence et des hospitalisations à la suite de chutes. Cela risque d'entraîner des pressions énormes sur le système de santé.

Heinrich *et al.* (2010) ont revu 32 études à travers le monde afin de déterminer le fardeau des coûts directs (coûts pour le système de santé) reliés aux chutes. Le fardeau économique associé aux chutes pour chaque pays répertorié dans ces études est considérable, il occupe de 0,85 à 1,5 % des dépenses totales en santé, de 0,07 % à 0,20 % du PIB et de 113 à 547 équivalents en dollars américains de 2006 par habitant.

Au Québec, le coût des traitements hospitaliers de courte durée pour chaque chirurgie de la hanche s'élevait à 11 000 $ en 2002. Si nous ajoutons les médicaments et les services de fournisseurs de soins pour le traitement et la réadaptation au coût d'hospitalisation, les coûts

d'une fracture de la hanche pour le système de santé seraient de 24 000 $ à 28 000 $ en 2004 (Sauve-Qui-Pense, 2009).

Cette estimation peut être mise en parallèle avec une étude effectuée en Colombie-Britannique durant la période de 2007 à 2008. Woolcott *et al.* (2012) ont suivi prospectivement l'utilisation de ressources pour chaque patient âgé se présentant à l'urgence suite à une chute. En se basant sur des données obtenues à la suite de 102 visites pour chutes, ils ont démontré qu'une chute n'entraînant qu'une visite à l'urgence coûtait en moyenne 674 $, alors que le coût moyen de celles menant à une hospitalisation se chiffrait à 29 363 $. Le coût moyen d'une chute associée à une fracture de la hanche était de 39 507 $.

Parallèlement, certains auteurs croient que plus d'un tiers des chutes survenant à domicile et des traumatismes associés peuvent être prévenus par des programmes de prévention ciblés (Campbell, 2002). Au Canada, une réduction de 20 % du taux de chute à domicile occasionnerait une réduction de 7 500 hospitalisations, une diminution de 1 800 personnes âgées avec une incapacité permanente et des économies de l'ordre de 138 millions de dollars par année, soit autour de trente millions pour le Québec (Lemay, 2012).

Les personnes âgées hébergées en soins de longue durée ont un risque accru de chutes et de blessures associées et une fréquence de fractures de la hanche de 24,4/1000 personnes/année selon la revue effectuée par Peel (2011). Selon cette même revue, ces taux sont encore plus élevés pour la population habitant dans des ressources résidentielles de type intermédiaire. Dans les hôpitaux, le taux de chute rapporté est de 1,4 à 9 chutes par 1 000 lits-jour (Miake-Lye *et al.*, 2013; Oliver, *et al.,* 2010). Il s'agit d'une sous-estimation, car les chutes sont sous-rapportées. On estime que de 30 % à 50 % des chutes qui surviennent dans les établissements causent des blessures (Miake-Lye *et al.*, 2013).

Dans une étude réalisée à London en Ontario, en comparant les usagers ayant subi une chute intra-hospitalière aux conséquences graves à des contrôles appariés n'ayant pas subi de chute, Zecevic *et al.* (2012) ont démontré, en utilisant les banques de données hospitalières et les dossiers de la gestion de risques, qu'en moyenne, chaque chute aux conséquences graves est associée à une augmentation de la durée de séjour moyenne de 34 jours et à des coûts d'hospitalisation de 30 696 $.

Utilisant les données de l'étude de Zecevic (2012) et les données du Registre national des incidents et accidents, selon les calculs de ce groupe d'experts, une réduction de 20 % du taux de chute aux conséquences graves (soit G, H, I de l'échelle de gravité dans le formulaire AH-223) dans les hôpitaux de soins de courte durée et les CHSLD du Québec permettrait des économies d'au moins 1,6 million de dollars annuellement, seulement en coûts supplémentaires d'hospitalisation. Par ailleurs, une réduction du taux total de chutes en établissement entraînerait des économies supplémentaires plus difficiles à quantifier, mais si l'on tient compte de la fréquence du syndrome post-chute et de ses conséquences sur le niveau fonctionnel, celles-ci sont certainement appréciables.

Une diminution de 20 % du nombre de chutes dans les établissements apparaît réaliste. Une méta-analyse de Cochrane (Cameron *et al.*, 2012) répertoriant des études effectuées dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée a permis de démontrer l'efficacité des interventions multifactorielles pour la prévention des chutes à diminuer le taux de chute de 31 % à l'hôpital et de 22 % en longue durée. En longue durée, la méta-analyse de Myake-Lye (2013), dont les données sont tirées de 4 méta-analyses (sur 19 études), arrive à la conclusion que ce type d'interventions multifactorielles chez la clientèle hébergée diminue le taux de chute de 30 %.

RESPONSABILITÉ SOCIALE

Au-delà des coûts directs pour le système de santé, il est important de parler des conséquences sur la qualité de vie des individus et pour la société. Chaque chute qui aurait pu être prévenue entraîne des conséquences. Même lorsque les chutes ne causent pas de blessures, elles peuvent entraîner des conséquences psychologiques, telles la peur de tomber. Comme mentionné précédemment le syndrome post-chute entraîne souvent une diminution de l'autonomie et de la mobilité, un isolement et des symptômes dépressifs, conduisant à une restriction des activités et à une augmentation du risque de rechute (WHO, 2007).

C'est pourquoi il est essentiel d'être tous sensibilisés aux conséquences que peuvent entraîner les chutes et cesser de banaliser les chutes chez la personne âgée. Même si toutes les chutes ne peuvent être prévenues, un grand nombre peuvent l'être, pourvu que l'on s'en donne les moyens. Le Québec devrait viser une cible de diminution à moyen terme de 30 %. Il s'agit d'une responsabilité sociale que le Québec ne peut négliger. Individuellement, chacun doit assumer son rôle dans la prévention des chutes et de la perte d'autonomie. Collectivement, il faut se donner les moyens de passer de la stratégie à l'action.

Le groupe d'experts émet des recommandations qui visent le passage de la stratégie vers l'action, en mettant l'emphase sur l'accompagnement. Ce rapport se veut la première étape dans cette démarche d'accompagnement des intervenants des divers milieux de santé, afin de développer une culture de prévention des chutes et de la perte d'autonomie, qui seule peut changer la situation.

2. OBJECTIFS, MÉTHODES, RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS

Le mandat confié au Groupe Vigilance pour la sécurité des soins était d'identifier des pistes de solutions basées sur des données probantes dans le but de réduire les chutes lors de la prestation de soins et services dans les établissements du réseau de la santé.

La section qui suit présente pour chacun des objectifs spécifiques, la méthode utilisée par le groupe d'experts pour recueillir les données, une synthèse des résultats (constats) et les recommandations en découlant.

OBJECTIF GÉNÉRAL

Formuler des recommandations d'ordre stratégique et opérationnel à l'intention de l'ensemble des acteurs concernés par la problématique.

Objectifs spécifiques, méthode utilisée, synthèse des résultats et recommandations en découlant

2.1 IDENTIFICATION DES MEILLEURES INTERVENTIONS EN PRÉVENTION DES CHUTES

Méthode utilisée

- recension des revues systématiques, méta-analyses et revues Cochrane concernant la prévention des chutes en milieu hospitalier et d'hébergement, les bases de données utilisées étant OVID (Medline), PubMed et Cochrane;
- revue des recommandations applicables du document intitulé *Prévention des chutes auprès des personnes vivant à domicile : analyse des données scientifiques préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique* (Gagnon et Lafrance, 2011);
- revue de littérature traditionnelle de type narrative, à partir des références d'articles consultés;
- revue d'une liste de références en lien avec les modes d'identification des usagers qui chutent (INESSS);
- revue des études ayant évalué les interventions destinées à réduire le taux de chute de la clientèle hébergée en courte et longue durée (INESSS);
- revue de la littérature grise (sites Internet, guides de pratique).

Synthèse des résultats

- le but du présent rapport n'étant pas de faire une recension systématique des écrits, mais de proposer une stratégie prometteuse des résultats, le groupe d'experts a choisi de ne pas présenter les éléments de la recension des écrits dans une section à part, mais de l'intégrer plutôt au texte, au fur et à mesure, en appui aux recommandations;
- le groupe d'experts propose à l'annexe 2, une liste de guides de pratique qu'il recommande. L'ensemble des références retenues pour l'élaboration de ce rapport apparaît dans la bibliographie;

- la recherche documentaire effectuée par E. Morarescu pour l'INESSS est accessible dans un document en ligne intitulé *Chutes chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée)* (http://www.inesss.qc.ca/publications/publications.htm).

Recommandations principales en découlant

- Les résultats obtenus par la recension des écrits ont servi, entre autres, à l'élaboration du modèle dynamique de prévention des chutes et le cadre de référence qui y est associé (section 3). Le groupe d'experts recommande que les établissements utilisent le cadre de référence proposé dans ce rapport, c'est-à-dire le modèle dynamique de prévention des chutes, dans le but d'élaborer un programme de prévention des chutes, d'évaluer un programme existant ou de l'améliorer en fonction des données probantes (recommandation 3).
- La recension des écrits a fait ressortir la pratique « tournée intentionnelle » comme une des pratiques incontournables pour bien intégrer l'AAPA et la prévention des chutes dans les établissements. Le groupe d'experts recommande aux établissements d'envisager d'inclure cette pratique et au ministère de procéder à un appel de soumission pour lancer 3 projets pilotes en CH (dont au moins un à l'urgence) et 3 en CHSLD, afin d'étudier l'efficacité et les coûts-bénéfices associés à l'implantation de cette pratique (recommandations 4 a et b).
- Plusieurs autres recommandations sont en lien avec la recension des écrits. Elles apparaissent pour la plupart à la section 3 du document.

2.2 IDENTIFICATION DES LIENS ENTRE LE DÉLIRIUM ET LES CHUTES DANS LES HÔPITAUX DE SOINS DE COURTE DURÉE

Méthode utilisée

- Revue des études menées dans les établissements de santé en ce qui a trait à l'impact du délirium sur le taux de chute (INESSS).

Synthèse des résultats

- La synthèse des connaissances et des références, rédigées par Elena Morarescu pour l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et publiée en ligne en décembre 2013, confirme le lien causal existant entre le délirium et les chutes dans les milieux hospitaliers ainsi que les opportunités de prévention de l'un et de l'autre.
- Selon cette synthèse, le délirium, la démence, l'incontinence et la médication sont les facteurs de risque les plus importants associés aux chutes dans les hôpitaux (Dean, 2012, Muir 2012 et Tzeng, 2010a*).* Morarescu a recensé deux études démontrant la prévalence de délirium chez les chuteurs à l'hôpital. Tseng (2010a) a observé que 34 % des patients hospitalisés qui ont fait une chute présentaient des signes de délirium, alors que dans l'étude de Lakatos (2009), ce pourcentage s'élevait à 96 %.
- Un programme de prévention du délirium, interdisciplinaire et à composantes multiples, pourrait contribuer à diminuer le taux de chute (Babine 2013, Dean 2012).

Recommandations principales découlant

Le groupe d'experts recommande que :

- Les établissements s'assurent que les équipes de soins utilisent les outils de l'AAPA afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des plans d'interventions visant la modification des facteurs de risque les plus importants, incluant le délirium (recommandation 10; section 3.5.9.2).
- Les établissements s'assurent que les équipes de soins identifient les facteurs de risque du délirium, à l'admission et de façon continue à l'aide, par exemple, des fiches aînées de l'AAPA (recommandation 11; section 3.5.9.2.d ii).
- Les établissements s'assurent que les professionnels de la santé identifient le délirium. Le CAM (Confusion Assessment Method) est un exemple d'outil de dépistage validé (recommandation 12; section 3.5.9.2.d ii).

2.3 PRÉSENTATION D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LA PRÉVENTION DES CHUTES

Méthode utilisée

- À partir de la recension des écrits tels que présentée précédemment et d'une recension des principaux guides de pratique nord-américains existants, identifier les éléments probants les plus pertinents et applicables et les éléments prometteurs de succès pour la prévention des chutes et le suivi post-chute.

Synthèse des résultats

- Le groupe d'experts propose un modèle dynamique de prévention des chutes inspiré de l'écocycle de Hurst et Zimmerman (1994). Ce modèle est illustré à la section 3. À chacune des phases, le groupe d'experts propose un cadre de référence, qui permettra aux établissements d'élaborer un programme de prévention (ou de faire évoluer un programme existant) en fonction de données probantes de la recension des écrits et qui tiennent également compte des difficultés rencontrées et de la complexité à diverses étapes d'implantation du programme élaboré.

Recommandations principales découlant

Le groupe d'experts estime que pour diminuer le taux de chute chez les 75 ans et plus dans les établissements de santé du Québec, certains préalables minimums sont requis :

- une augmentation de la responsabilité individuelle et collective à tous les paliers est essentielle;
- chaque établissement doit avoir élaboré un programme complet et de qualité sur la prévention des chutes, lequel doit s'appuyer sur des données probantes;
- les établissements doivent allouer les ressources (humaines et financières) nécessaires pour l'implantation, le suivi et l'évolution du programme, incluant l'accompagnement des équipes soignantes, et ce, de façon permanente;
- la prévention des chutes dans les CH et CHSLD doit s'inscrire dans un continuum de soins et de services, intégrant les stratégies de prévention développées pour la clientèle à

domicile, hospitalisée et résidant dans tout type de milieu d'hébergement, public ou privé.

Comme mentionné, le groupe d'experts recommande d'utiliser le cadre de référence proposé, c'est-à-dire le modèle dynamique de prévention des chutes, dans le but d'élaborer un programme de prévention des chutes, d'évaluer un programme existant ou de l'améliorer en fonction des données probantes (recommandation 3).

Par ailleurs, étant donné la complexité de la prévention des chutes, le comité recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux crée une structure permanente pour soutenir et accompagner les établissements, identifiée comme le Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins (PPPCPA). Dans ce programme, le groupe d'experts a proposé la création, entre autres, du centre d'expertise et d'accompagnement aux tables régionales et aux établissements pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie (recommandation 1; section 4).

2.4 ANALYSE DES RAPPORTS DE CORONER EN LIEN AVEC LES CHUTES (2008 À 2010)

Méthode utilisée

- À partir d'une grille d'analyse (annexe 3 B), procéder à l'étude de 384 rapports de coroner, de 2008 à 2010, impliquant des chutes, plus spécifiquement l'analyse de 97 décès d'usagers hospitalisés et hébergés de 75 ans et plus (source Bureau du coroner).

Synthèse des résultats (voir annexe 3A pour plus de détails)

- il existe une très grande variabilité sur le plan du contenu des rapports de coroner. Par exemple, certains éléments tels que l'histoire de la chute, les conditions médicales associées et la médication prescrite sont souvent manquants;
- il existe une variabilité dans la prise en charge à l'urgence de l'usager qui a un traumatisme crânien;
- des chutes ayant conduit à un décès à la suite d'altercations entre usagers sont rapportées, notamment chez la clientèle hébergée;
- les chutes ayant conduit à un décès chez la clientèle hébergée et hospitalisée se produisent dans la chambre, au moment de se rendre aux toilettes, dans la majorité des cas, alors que chez la clientèle à domicile, les chutes se produisent dans les escaliers, dans la majorité des cas;
- dans cet échantillon, les blessures les plus fréquentes correspondent aux traumatismes crâniens tant pour la clientèle hébergée que pour la clientèle à domicile;
- le renversement de l'anticoagulothérapie n'est pas toujours entrepris dès l'identification d'un traumatisme crânien ou d'un traumatisme sévère autre chez la clientèle anticoagulée.

Recommandations principales découlant

Le groupe d'experts recommande que :

- Le Bureau du coroner harmonise le mode d'évaluation utilisé par les coroners à l'aide d'un questionnaire d'investigation pour les décès suivant une chute chez les personnes de 75 ans et plus en CH, CHSLD, résidence privée, ainsi que dans la communauté (recommandation 24). Pour ce faire, le Bureau du coroner pourrait utiliser ou adapter le questionnaire présenté par le groupe d'experts à l'annexe 3C.
- Comme la situation est préoccupante, les établissements s'assurent de bien répertorier les chutes liées aux agressions entre usagers et d'assurer un suivi de la tendance afin d'être en mesure d'identifier les moyens d'interventions concernant ce facteur de risque (recommandation 14; section 3.5.9.2 ii).
- Le cadre de référence proposé par le groupe d'experts présente les éléments essentiels du suivi post-chute et fait état notamment du renversement de l'anticoagulothérapie. (section 3.6.9.3).

2.5 ANALYSE DES TAUX DE CONFORMITÉ DE LA POR SUR LA PRÉVENTION DES CHUTES

Méthode utilisée

- Analyse du taux de conformité de la POR sur la prévention des chutes (source Agrément Canada).

Synthèse des résultats (voir annexe 4 pour plus de détails)

- la POR sur la prévention des chutes est intégrée dans 22 normes de services à l'exception du service de l'urgence;
- depuis son introduction au programme d'agrément 2008, le taux de conformité relatif à sa mise en œuvre est en progression, toutefois, le taux de conformité en 2012 est de 74 % au Québec en comparaison avec 80 % au Canada.

Tableau 2. Taux de conformité : POR prévention des chutes, Québec et Canada

Stratégie de prévention des chutes	But en matière de sécurité	Taux de conformité en 2012			
		Canada (n = 277)	Québec (tous les secteurs) (n = 65)	CSSS (n = 20)	Soins de courte durée (n = 6)
Mettre en œuvre une stratégie de prévention des chutes	Évaluation des risques	80 %	74 %	70 %	75 %

Recommandations principales découlant

- Le comité d'experts recommande que le Ministère propose à Agrément Canada d'exiger des établissements que leur programme de prévention des chutes s'appuie sur des données probantes et d'engager l'étude à ajouter une POR sur la prévention des chutes à l'urgence (recommandation 7).

2.6 IDENTIFICATION DES PRATIQUES EXEMPLAIRES À PARTIR DE LA BASE DE DONNÉES D'AGRÉMENT CANADA

Méthode utilisée

- Analyse des pratiques jugées exemplaires par Agrément Canada en 2012-2013.

Synthèse des résultats

Le groupe d'experts a retenu l'implantation des tournées intentionnelles à l'Hôpital d'Ottawa (2012). On retient de l'expérience à Ottawa les résultats suivants :

- le taux de satisfaction des usagers (évaluation globale) est passé de 39,9 % en mars 2012 à 53 % en décembre 2012;
- le taux de satisfaction des usagers (gestion de la douleur) est passé de 73,2 % en mars 2012 à 84,5 % en décembre 2012;
- les tournées intentionnelles ont résulté en une diminution des taux de chute et de la prévalence des plaies de pression;
- les tournées intentionnelles sont un levier pour l'approche patient-partenaire;
- le succès et la pérennité sont conditionnels à l'implication de tous les membres de l'équipe de soins et à celle de la direction de l'établissement non seulement au lancement de l'initiative, mais tout au long du processus d'implantation. Par ailleurs, cette pratique a fait l'objet d'une recension des écrits par le groupe d'experts, dont les résultats sont résumés à la section 3.6.9.2.

Recommandations principales découlant :

Le comité d'experts recommande que :

- Les établissements envisagent d'inclure la pratique des tournées intentionnelles (*hourly rounding*), présentée dans le cadre de référence, comme stratégie efficace pour implanter les interventions de prévention des chutes et de l'AAPA au chevet (recommandation 4a; section 3.6.9.2).
- Le ministère de la Santé et des Services sociaux procède à un appel de soumission pour lancer trois projets pilotes en CH (dont au moins un à l'urgence) et trois en CHSLD, subventionnés par le ministère afin d'étudier l'efficacité et les coûts-bénéfices associés à l'implantation de la pratique des tournées intentionnelles (recommandation 4b; section 3.6.9.2).

2.7 ANALYSE DE L'IMPLANTATION DE L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE

Méthode utilisée

- Revue des documents en lien avec l'implantation de l'approche adaptée, afin d'identifier les éléments pertinents à la prévention des chutes (sources MSSS).

Synthèse des résultats

- L'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) a été développée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en collaboration avec les instituts universitaires de gériatrie et le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. Elle vise à adapter les services offerts à la clientèle âgée hospitalisée ou à l'urgence, dans le but de prévenir le déclin fonctionnel.
- Cette approche préconise des soins et services basés sur les caractéristiques et les besoins liés au vieillissement et s'attaque plus particulièrement à la prévention du délirium et du syndrome d'immobilisation par des mesures favorisant l'autonomie fonctionnelle, l'intégrité cutanée, la santé nutritionnelle, l'élimination, le maintien de l'état cognitif et affectif et le sommeil. Ces différentes interventions sont effectuées en collaboration interprofessionnelle selon trois stades :
  - les interventions préventives systématiques;
  - les interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce;
  - les interventions spécialisées de traitement.
- Cette approche comprend un cadre de référence, des outils cliniques, un programme de formation et différents outils visant à soutenir l'implantation et le suivi.

  Sa structure se compose :
  - d'un gestionnaire provincial (MSSS);
  - de répondants régionaux (Agences);
  - de répondants locaux dans chaque établissement de soins de santé de courte durée. Chaque répondant doit avoir une équipe d'accompagnateurs qui assurent la formation et le coaching dans les unités de soins. Il est recommandé qu'un directeur de l'établissement parraine le répondant.
- L'approche adaptée à la personne âgée dans son ensemble propose des interventions préventives pour plusieurs facteurs de risque fréquents parmi les plus importants en lien avec les chutes : le délirium, les troubles du sommeil et l'utilisation de sédatifs, les troubles de mobilité et le syndrome d'immobilisation, les troubles du comportement, les troubles de la continence et la dénutrition.
- Les outils de dépistage pour identifier les usagers vulnérables dès leur présentation à l'urgence, de même que ceux utilisés dans les unités de soins pour mieux cerner les besoins des usagers hospitalisés (la fiche aînée), sont complémentaires à ceux proposés dans la plupart des guides pour la prévention des chutes.
- Le module de formation 3 et les grilles d'analyse sur l'environnement traitent des principaux risques en lien avec l'environnement.

Recommandations principales découlant

Le comité d'experts recommande que :

- Le MSSS, via ses ententes de gestion, exige des établissements que soit alloué un pourcentage prédéterminé de leur budget, variable selon le type d'établissement et le pourcentage de personnes âgées desservies, entièrement dédié à la prévention des chutes et de la perte d'autonomie, incluant l'implantation de l'AAPA et qu'il mette en place des mécanismes incitatifs pour les établissements qui s'engagent à investir dans une telle démarche. Un mécanisme de reddition de comptes devra également être prévu (recommandation 2 a et b; section 4.3).
- Chaque établissement mette en place un comité interdisciplinaire de prévention des chutes et de la perte d'autonomie et nomme un responsable de programme et plusieurs champions et porteurs de programmes interdisciplinaires (recommandation 5; section 4.1.5).
- Les établissements s'assurent que les équipes de soins utilisent les outils de l'AAPA afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des plans d'interventions visant la modification des facteurs de risque les plus importants, incluant le délirium (recommandation 10; section 3.5.9.2).
- Le MSSS veille à l'adaptation des principes de l'AAPA dans les milieux d'hébergement et le domicile. Le mandat pourrait être confié au Comité provincial permanent pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie (recommandation 9; sections 3.5.9.2 d et 4).

2.8 ANALYSE DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES CHUTES À TRAVERS LE QUÉBEC

Méthode utilisée

- préparation d'une grille d'analyse intégrant les éléments du cadre de référence pour la prévention des chutes et le suivi post-chute ainsi que les facteurs de succès pour l'implantation et le suivi d'un programme intra-hospitalier post-chute;
- faire l'analyse de 27 programmes existants (CH et CSSS) choisis au hasard.

Synthèse des résultats (voir annexe 5 pour plus de détails)

- l'interdisciplinarité est à géométrie variable (seulement 36 % mentionnent, en plus des soins infirmiers et du personnel de réadaptation, la participation des autres professionnels tels que nutritionniste, pharmacien, médecin et des intervenants comme les préposés aux bénéficiaires);
- les programmes existants tels que PIED/MARCHE/IMP sont utilisés à moins de 40 %;
- les outils de dépistage des facteurs de risque utilisés varient d'un établissement à l'autre. Plusieurs utilisent des outils maison;
- l'information remise à l'usager n'est souvent pas mentionnée dans la documentation fournie par les établissements, ce qui pourrait laisser croire qu'elle est inexistante;

- les indicateurs ne sont pas clairement identifiés dans la grande majorité des programmes soumis et sont loin d'être uniformes;
- les rôles et responsabilités des intervenants ciblés par le programme sont peu documentés (24 % seulement);
- les modalités d'implantation et de formation sont peu documentées (32 % et 24 %);
- certains programmes en usage datent d'aussi loin que 1999;
- les références sur lesquelles s'appuient les programmes sont indiquées dans 68 % des programmes;
- deux des vingt-sept établissements n'avaient pas de programmes à nous fournir.

Recommandations principales découlant

Le groupe d'experts recommande que :

- Les établissements utilisent le cadre de référence proposé, c'est-à-dire le modèle dynamique de prévention des chutes, dans le but d'élaborer un programme de prévention des chutes, d'évaluer un programme existant ou de l'améliorer en fonction des données probantes (recommandation 3; section 3).
- Le MSSS crée une structure permanente, identifiée comme le Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins (PPPCPA). Dans ce programme, le groupe d'experts a proposé la création, entre autres, du centre d'expertise et d'accompagnement aux tables régionales et aux établissements pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie. Ce centre d'expertise pourrait conseiller et accompagner les établissements dans leur démarche d'élaboration, d'évaluation ou d'amélioration de programmes (recommandation 1; section 4.
- Les établissements s'assurent de prévoir au programme de prévention des chutes des hôpitaux la référence systématique au CSSS mission CLSC ou au médecin traitant, de tout chuteur âgé de 65 ans et plus qui se présente à l'urgence, afin de mettre en place les interventions appropriées du continuum de services (recommandation 16d; section 3.6.9.2.c).
- Le MSSS, les ASSS, les CSSS et autres établissements de santé adoptent, pour faciliter la communication et la comparaison entre les différents milieux, des définitions communes pour les termes chutes, quasi-chutes, chutes causant blessures, chuteur à répétition et certains indicateurs communs tels le taux de chute par 1 000 jours-présence usager, la proportion de chutes avec blessures et le taux d'utilisation des contentions (recommandation 8; section 3.5.4).

2.9 ANALYSE DES RAPPORTS SEMESTRIELS DES INCIDENTS ET ACCIDENTS (1ER AVRIL 2011 AU 30 SEPTEMBRE 2013) ET DU SONDAGE DES GESTIONNAIRES DE RISQUES, MEMBRES DU RACQ

Méthode utilisée

- analyse de la problématique à partir des données du Registre national;
- sondage auprès des gestionnaires de risques, membre du RACQ.

Synthèse des résultats

- Concernant les données du Registre national (annexe 6) Step Up to Stop Falls Toolkit:
  - l'évolution du nombre de chutes est stable : en moyenne 147 264 par année;
  - en moyenne, 106 chutes engendrent chaque année un décès;
  - les chutes représentent en moyenne 34 % des déclarations d'incidents et accidents;
  - ill y a place à l'amélioration en ce qui concerne les définitions associées aux chutes, quasi-chutes, etc. afin d'harmoniser l'interprétation et de rapporter l'information adéquatement dans le Registre national.
- Concernant le sondage auprès des gestionnaires de risques, membres du RACQ (annexe 7) :
  - une variabilité dans l'utilisation et l'analyse du formulaire AH-223-2 est observée;
  - les données recueillies suggèrent une variabilité du rôle du gestionnaire de risques, de son niveau d'expertise, de son niveau hiérarchique et du ratio des effectifs, se traduisant souvent par un manque de disponibilité et de temps et une surcharge de travail;
  - le manque de collaboration, notamment du corps médical et des gestionnaires, est cité comme étant parmi les plus grands obstacles pour les analyses d'accidents;
  - selon les gestionnaires de risques consultés, peu d'analyses des évènements sans conséquence sont réalisées, en dépit du potentiel parfois important;
  - certains gestionnaires de risques rapportent une banalisation des chutes en CHSLD et l'expliquent en partie par le nombre élevé des déclarations;
  - les données du sondage montrent que le suivi des recommandations est partiel;
  - un nombre important d'établissements consultés n'a pas d'activités d'évaluation de l'efficacité des recommandations; les gestionnaires de risques évoquent l'absence de contrôle sur le devenir des recommandations;
  - les données recueillies suggèrent un manque de communication à l'intérieur de plusieurs organisations;
  - certains gestionnaires soulignent le chevauchement des rôles et responsabilités des instances telles que le comité de vigilance et le comité de gestion des risques;
  - les indicateurs utilisés varient d'un établissement à l'autre;
  - une sous-déclaration des incidents/accidents (crainte, banalisation, etc.) est rapportée par certains gestionnaires de risques.

Recommandations principales découlant

Le comité d'experts recommande que :

- Le MSSS poursuive l'optimisation des outils (AH-223) et des systèmes d'information (SISSS, GESRISK et le Registre national) pour faciliter l'analyse des évènements indésirables et les interventions appropriées (recommandation 20).
- Les gestionnaires de risques fassent d'office partie des comités de prévention des chutes et de la perte d'autonomie et des tables régionales (recommandation 21; section 4).
- Les établissements s'assurent que soient mis en place des mécanismes pour favoriser et encadrer l'analyse de dossiers associés aux chutes tels que :

  a) une revue de dossiers liés aux chutes avec conséquences graves par le comité de l'évaluation de l'acte médical ou le comité responsable de l'évaluation des dossiers « morbidité-mortalité », de préférence avec l'équipe interdisciplinaire, à partir d'une grille d'évaluation (recommandation 15a; section3.5.9.3);

  b) une revue de dossiers liés aux chutes avec conséquences graves par le comité de prévention des chutes et un suivi de l'évolution post-fracture, pour une période d'au moins 3 mois et le partage de ces données avec les tables régionales de prévention des chutes, afin d'en dégager d'éventuelles tendances et permettre l'élaboration de recommandations à caractère systémique (recommandation 15b; section 3.5.9.3).

     Pour ce faire, le groupe d'experts propose aux établissements d'adapter la grille d'analyse de chute ayant conduit à un décès ou à une conséquence grave préparée par le groupe d'experts (annexe 8).

- Les établissements améliorent la déclaration des Incidents/Accidents (AH-223) et la capacité d'analyse des évènements et des données du registre local, avec le soutien des divers niveaux du PPPCPA (recommandation 22; section 3.6.9.3).
- Le MSSS donne suite aux recommandations de 2012 du GVSS concernant le profil de compétences souhaité du gestionnaire de risques, particulièrement lors de l'embauche de nouveaux gestionnaires de risques (recommandation 23; annexe 9).
- Le MSSS, les ASSS, les CSSS et autres établissements de santé adoptent, pour faciliter la communication entre les intervenants de différents milieux et la comparaison, des définitions communes pour les termes chutes, chutes avec blessures, chuteurs à répétition et quasi-chutes et certains indicateurs communs tels le taux de chute par 1 000 jours présence-usager, la proportion de chutes avec blessures et le taux de contentions (recommandation 8; section 3.5.4).

2.10 RÉPERTORIER ET IDENTIFIER DES MODÈLES DE STRUCTURE APPLICABLES AU CONTEXTE QUÉBÉCOIS POUR LA COORDINATION DES EFFORTS EN PRÉVENTION DES CHUTES

Méthode utilisée

- Recension des écrits et comparaison avec d'autres modèles de structures canadiens.

Synthèse des résultats

- L'annexe 10 intitulée « Cadre de référence pour une stratégie efficace d'implantation » présente une synthèse de la recension d'écrits concernant les stratégies d'implantation de programmes.
- L'annexe 11 expose brièvement les approches suivantes :
  - BC Injury Research and Prevention Unit;
  - partenariat des réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario;
  - modèle de prévention et de contrôle des infections nosocomiales au Québec;
  - Centre d'expertise clinique en radioprotection (CHUS).

Principales recommandations découlant

- Le comité d'experts suggère que le MSSS crée une structure permanente, identifiée comme le Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins (PPPCPA) (recommandation 1; section 4).

2.11 ANALYSE DES ÉVÈNEMENTS AYANT CONDUIT AU DÉCÈS

Méthode utilisée

- À partir d'une demande du Bureau du coroner transmise aux établissements, procéder à l'analyse des évènements ayant conduit à 56 décès (du 1er octobre 2012 au 31 mars 2013) à l'aide d'une grille d'analyse (annexe 8).

Synthèse des résultats

- L'analyse des évènements ayant conduit aux 56 décès n'a pu être réalisée compte tenu du fait que l'extraction des données en provenance du Registre national ne permet pas d'identifier les cas aux fins d'analyse; par conséquent, le groupe d'experts a donc été dans l'impossibilité d'analyser ces dossiers liés aux chutes ayant entraîné un décès ni de recueillir des informations pouvant conduire à des recommandations à caractère systémique.
- Une grille d'analyse pour une chute menant à un décès ou à des conséquences graves a été élaborée par le groupe d'experts (annexe 8).

Recommandations principales découlant

- Les établissements s'assurent que soient mis en place des mécanismes pour favoriser et encadrer l'analyse de dossiers associés aux chutes, tels que :
  a) Une revue de dossiers liés aux chutes avec conséquences graves par le comité de l'évaluation de l'acte médical ou le comité responsable de l'évaluation des dossiers « morbidité-mortalité », de préférence avec l'équipe interdisciplinaire, à l'aide d'une grille d'évaluation (recommandation 15a; section3.5.9.3).

b) Une revue de dossiers liés aux chutes avec conséquences graves par le comité de prévention des chutes et un suivi de l'évolution post-fracture, pour une période d'au moins trois mois et le partage de ces données avec les tables régionales de prévention des chutes, afin d'en dégager d'éventuelles tendances et de permettre l'élaboration de recommandations à caractère systémique (recommandation 15b; section 3.5.9.3).

   Pour ce faire, le groupe d'experts propose aux établissements d'adapter la grille d'analyse de chute ayant conduit à un décès ou à une conséquence grave préparée par le groupe d'experts (annexe 8).

   De façon concomitante, le MSSS devrait évaluer la possibilité d'analyser les évènements ayant contribué à un décès au niveau de la table provinciale ou du comité provincial permanent, afin d'identifier des recommandations à caractère systémique.

3. CADRE DE RÉFÉRENCE ET IMPLANTATION

3.1 LA PRÉVENTION DES CHUTES : UN PROBLÈME COMPLEXE

De l'avis du groupe d'experts, la prévention des chutes représente un problème complexe. Contrairement aux problèmes simples, pour lesquels on obtient des résultats satisfaisants et constants en appliquant une recette maintes fois testée, et aux problèmes compliqués, pour lesquels l'utilisation de protocoles rigides donne de bons résultats, les problèmes complexes dépendent d'un ensemble de facteurs en interrelation, faisant appel aux connaissances, à la compétence et au jugement des intervenants. La prévention des chutes doit en plus tenir compte de caractéristiques intrinsèques et de facteurs comportementaux variables selon l'usager à risque et de facteurs environnementaux.

Le tableau 3 traduit et adapté de Westley, Zimmerman et Patton (2006) souligne bien la différence entre problème simple, compliqué et complexe.

Tableau 3. Problèmes simple, compliqué et complexe[1]

SIMPLE	**Compliqué**	**Complexe**
Faire un gâteau	Lancer une fusée	Éduquer un enfant
La recette est essentielle.	Des protocoles et formules rigides sont essentiels.	Les protocoles rigides sont d'utilité limitée et sont parfois contre-productifs.
Les recettes sont testées à maintes reprises pour assurer leur reproductibilité.	Le lancement réussi d'une fusée augmente les chances que le prochain lancement le soit aussi.	L'expérience acquise avec l'éducation d'un premier enfant ne garantit pas le succès avec un deuxième.
Aucune expertise particulière n'est requise, mais l'expérience augmente le taux de succès.	L'expertise de haut niveau et l'entraînement dans des champs sont nécessaires.	L'expertise est un atout, seulement si elle est équilibrée par la capacité à s'adapter à chaque enfant.
Le suivi de la recette assure de bons résultats dans la grande majorité des cas.	Les composantes clés de chaque fusée doivent être identiques et le suivi des protocoles rigoureux pour assurer le succès.	Chaque enfant est unique et doit être compris dans son individualité.
La meilleure recette donne les meilleurs résultats.	Il y a un grand degré de certitude quant aux résultats lorsque le protocole est suivi.	Les résultats ne peuvent être garantis même dans les meilleures conditions.

[1] Westley, Zimmerman et Patton (2006) *Getting to Maybe: How the World is Changed* (p. 9). Traduction et adaptation par le groupe d'experts.

SIMPLE	**Compliqué**	**Complexe**
Une bonne recette indique la nature et la quantité exactes des différentes composantes (ingrédients) et spécifie l'ordre d'assemblage.	Le succès dépend d'un manuel qui décrit le développement de chacune des parties et spécifie le détail des interrelations pour leur rassemblement.	Il est impossible de différencier les parties du tout en raison de l'essence même des relations entre les différents individus impliqués, les différentes expériences vécues, et ce, à différents moments dans le temps.

Trop souvent, dans les hôpitaux et centres de soins de longue durée, la prévention des chutes est abordée comme un problème simple (utilisation de règles de soins) ou un problème compliqué (recours à des protocoles de soins). Le groupe d'experts estime que seule l'élaboration d'un programme complet intégrant une démarche d'amélioration continue abordant des thèmes tels la prévention primaire, secondaire et tertiaire, la sensibilisation, l'information, le développement des compétences et du jugement clinique, les ressources, le suivi, l'évaluation, etc. peuvent parvenir à diminuer le taux de chute de façon durable et entraîner ainsi une amélioration de la qualité de vie et du niveau fonctionnel des populations à risque et des économies sur le plan du système, justifiant ainsi l'investissement de ressources humaines et financières. Avoir un programme de prévention des chutes permet de rendre visibles les risques de chute dans un établissement donné. Il guide les réflexions sur ces risques et les manières de les réduire.

3.2 DÉFINITION DE « PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES »

Avant de déterminer quel devrait être le contenu d'un programme, il faut d'abord préciser ce que constitue un tel outil et ce qu'il n'est pas. En effet, il existe plusieurs visions et celles-ci déterminent le niveau d'engagement et les principales préoccupations des personnes qui contribueront à son élaboration.

Le programme est une position organisationnelle

Un programme est un document officiel qui institutionnalise les positions de l'organisation sur la prévention des chutes et blessures associées. Un programme traduit ses idéaux et ses valeurs, l'ensemble des principes qu'elle endosse (ex. interdisciplinarité, prise de décisions fondées sur des données probantes, etc.). Le programme détermine aussi les grands paramètres qui doivent orienter l'agir des individus, des équipes et de l'organisation (ex. protocoles, connaissances, processus, périmètres professionnels, hiérarchies, relations de pouvoir, contributions attendues, etc.). Vu sous cet angle, un programme est conçu pour devenir un outil d'arbitrage auquel on se réfère, notamment en cas de conflits de vision : pour juger de la valeur d'une idée, de la compétence (incompétence), de la conformité (non-conformité), de la déviance (normalité), de la légitimité (illégitimité), du professionnalisme (amateurisme), etc. Une attention particulière doit être portée aux aspects qu'une organisation avalise explicitement en adoptant son programme. Une précaution doit être prise pour ce qu'elle cautionne implicitement par ses silences, ses choix, le type de qualité attendu. En bref, un programme est un document d'entreprise qui n'est ni neutre ni banal. Il témoigne de l'engagement de la haute direction et du leadership manifesté pour la prévention des chutes et la perte d'autonomie.

Le programme n'est pas un artifice de gestion : un programme n'est pas élaboré pour soutenir notre image d'entreprise. L'ultime but n'est pas de démontrer la conformité aux normes applicables (Agrément Canada, CQA, ordres professionnels, etc.) et contribuer à la bonne image de l'organisation. La démarche doit être véritable.

Parmi les positions incontournables :

- **La participation de l'usager (patient) et de ses proches :**
  La prévention des chutes ne peut se faire sans la participation de l'usager et de ses proches. Il est essentiel d'intégrer l'usager et ses proches dans toutes les étapes du processus, de l'évaluation du risque à l'élaboration du plan et finalement à l'évaluation des résultats. De plus, il est essentiel d'assurer une réelle représentation de l'usager aux comités de prévention des chutes, il doit être membre à part entière de l'équipe qui reverra le programme de prévention de l'établissement, car il est le plus habilité à mettre en perspective le point de vue des usagers.

- **Pratique collaborative interprofessionnelle :**
  La prévention des chutes et des blessures associées est un domaine d'intervention complexe où il est impossible d'être compétent en agissant seul. Les intervenants de proximité (préposé aux bénéficiaires, gestionnaires de cas, infirmières auxiliaires et infirmières) sont des joueurs clés, peu importe leur position dans la hiérarchie administrative et professionnelle. Les médecins et professionnels doivent s'impliquer. Les gestionnaires doivent soutenir pleinement la démarche. Le personnel des directions techniques et d'hygiène et salubrité doivent contribuer en assurant un environnement propice à la prévention des chutes.

- **Les pratiques fondées sur des données probantes :**
  Pour travailler en interdisciplinarité, les individus doivent partager une vision commune, qui transcende les frontières professionnelles, administratives et géographiques. Les pratiques fondées sur les données probantes favorisent le consensus, bien davantage que les pratiques fondées sur des croyances, traditions ou attachements historiques. Or, les consensus augmentent indéniablement les chances d'obtenir de bons résultats.

- **Le continuum :**
  La prévention des chutes doit transcender les frontières de l'établissement. La prévention des chutes en établissement ne peut être prise isolément. Elle s'inscrit dans un continuum. La prévention à domicile permet de réduire les risques lorsque les personnes sont admises à l'hôpital. Par ailleurs, celles qui sont identifiées à risque ou ayant chuté lors d'une hospitalisation, doivent être prises en charge après leur congé lorsqu'elles retournent à domicile ou en milieu d'hébergement.

- **L'amélioration continue de la qualité :**
  La prévention des chutes étant complexe, il n'existe pas de « recette » parfaite. Le programme est toujours perfectible et doit faire l'objet de réévaluations constantes.

- **Engagement/leadership manifeste :**
  L'engagement de la haute direction des établissements est incontournable. La problématique des chutes, tout comme la prévention du délirium et de la perte d'autonomie, doit faire partie de son plan stratégique et être communiquée de façon impérative à tous les intervenants. Ce plan de communication devra préciser l'engagement ferme à la cause et inciter par le fait même l'adhésion de tous les participants, incluant les usagers et leur famille. Pour bien faire l'exercice, la haute

direction devra rendre disponibles des ressources financières et humaines, car les résultats seront à la hauteur des investissements (financiers et humains).

- **Responsabilité individuelle et collective :**
  La prévention des chutes, c'est l'affaire de tous. Pour qu'il y ait unité dans l'effort collectif, il faut tous, individuellement et collectivement, se rallier derrière l'objectif. La prévention des chutes est plus qu'une priorité qu'on décrète et affiche : c'est une préoccupation de tous les instants, pour laquelle on investit un effort supplémentaire.

Le programme est une ressource pour améliorer la compétence organisationnelle

C'est un outil au service d'une démarche de développement de la compétence individuelle, collective et organisationnelle qui permet l'amélioration continue des pratiques. Dans cet esprit, le contenu du programme présente notamment les différentes ressources que les individus et les équipes peuvent consulter, utiliser et combiner pour fournir une réponse adaptée aux problèmes rencontrés : les ressources documentaires et virtuelles, les personnes-ressources, les outils, etc.

La formation continue du personnel permet à tous d'évoluer d'un stade de novice, possédant les connaissances de base et capable d'appliquer les mesures de prévention universelle et les protocoles d'interventions vers un stade d'expert, capable selon son rôle dans l'organisation d'exercer son jugement clinique, non plus seulement dans des situations stéréotypées, mais également d'élever sa compétence et d'appliquer connaissances et expérience de façon discriminatoire en fonction de l'individu ou de la situation particulière à traiter.

Dans cette perspective, il faut éviter que le programme devienne un méta-recueil de politiques et procédures ou un simple un manuel de formation.

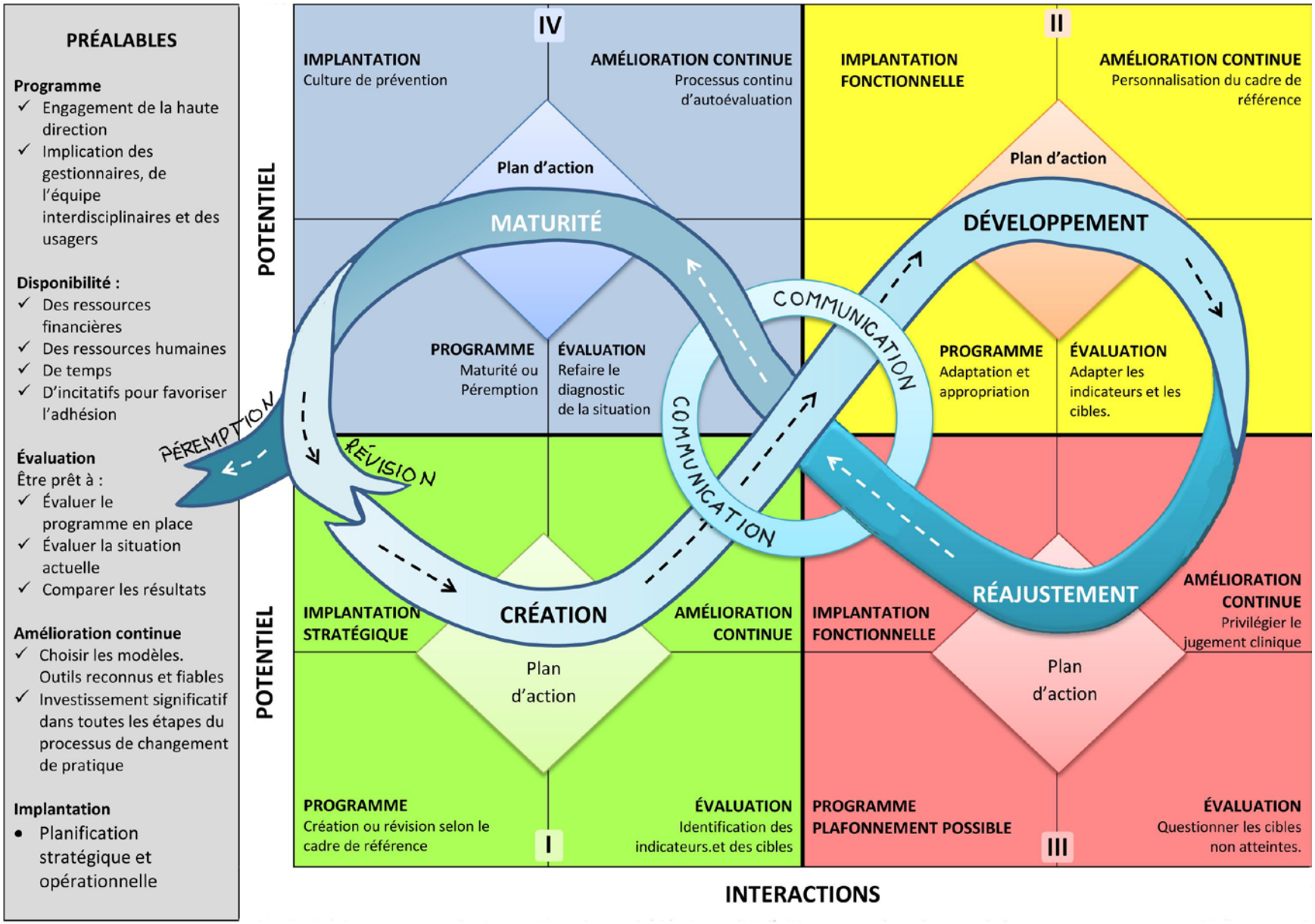
3.3 MODÈLE DYNAMIQUE DE PRÉVENTION DES CHUTES

L'analyse sur un échantillonnage de programmes de prévention des chutes dans les établissements du Québec a démontré qu'il existe une grande variabilité dans la qualité de l'élaboration des programmes fournis et l'on soupçonne une égale variabilité dans l'attribution de ressources pour la mise en place de programmes de prévention des chutes selon les milieux. Certains ont présenté un programme bien conçu, malgré que nous n'ayons pas été en mesure d'évaluer le degré d'implantation des diverses composantes de ces programmes au chevet des usagers. D'autres n'ont pas de programmes ou encore n'ont qu'un programme très incomplet, qui n'est pas toujours basé sur des données probantes. D'autres enfin, ont entrepris une démarche longue et fastidieuse de réévaluation d'un programme désuet. Le groupe d'experts juge qu'il est essentiel, pour réduire efficacement le taux de chute dans les hôpitaux et centres d'hébergement du Québec, que chaque établissement ait élaboré un programme complet de prévention des chutes de qualité, s'appuyant sur des données probantes et sur l'interdisciplinarité, dans les plus brefs délais.

Pour soutenir les milieux dans le développement de leur programme de prévention des chutes, le groupe d'experts propose un modèle de type « processus » qui explique le cycle et la dynamique de développement d'un programme s'inspirant du modèle de l'écocycle de Hurst et Zimmerman (1994). Il propose également un cadre de référence présentant des éléments que devrait contenir un programme de prévention des chutes fondé sur des données probantes. Le groupe ne prétend pas fournir un cadre exhaustif. L'objectif est d'inspirer les milieux pour qu'ils fassent évoluer leur programme là où ils sont rendus, en tenant compte de leurs réalités

propres. Il est donc essentiel pour un établissement de faire les choix qui s'imposent à partir du cadre de référence proposé. Il est important de bien planifier les différentes phases de l'implantation tout en évaluant la capacité de changer de l'organisation. Cela est nécessaire afin de créer un mouvement organisationnel vers le changement souhaité, mais ne peut se faire qu'avec une bonne connaissance des spécificités de l'organisation : culture organisationnelle, autres programmes en cours qui peuvent influencer l'implantation du nouveau programme, ressources disponibles, etc.

Le groupe d'experts recommande que les établissements utilisent le cadre de référence proposé dans ce rapport, c'est-à-dire le modèle dynamique pour la prévention des chutes, dans le but d'élaborer un programme de prévention des chutes, d'évaluer un programme existant ou de l'améliorer en fonction des données probantes (recommandation 3).


PRÉALABLES
Programme
✓ Engagement de la haute direction
✓ Implication des gestionnaires, de l'équipe interdisciplinaires et des usagers
Disponibilité :
✓ Des ressources financières
✓ Des ressources humaines
✓ De temps
✓ D'incitatifs pour favoriser l'adhésion
Évaluation
Être prêt à :
✓ Évaluer le programme en place
✓ Évaluer la situation actuelle
✓ Comparer les résultats
Amélioration continue
✓ Choisir les modèles. Outils reconnus et fiables
✓ Investissement significatif dans toutes les étapes du processus de changement de pratique
Implantation
• Planification stratégique et opérationnelle
IV
IMPLANTATION
Culture de prévention
AMÉLIORATION CONTINUE
Processus continu d'autoévaluation
Plan d'action
MATURITÉ
PROGRAMME
Maturité ou Péremption
ÉVALUATION
Refaire le diagnostic de la situation
II
IMPLANTATION FONCTIONNELLE
AMÉLIORATION CONTINUE
Personnalisation du cadre de référence
Plan d'action
DÉVELOPPEMENT
PROGRAMME
Adaptation et appropriation
ÉVALUATION
Adapter les indicateurs et les cibles.
COMMUNICATION
COMMUNICATION
PÉREMPTION
RÉVISION
POTENTIEL
POTENTIEL
IMPLANTATION STRATÉGIQUE
CRÉATION
AMÉLIORATION CONTINUE
Plan d'action
PROGRAMME
Création ou révision selon le cadre de référence
ÉVALUATION
Identification des indicateurs.et des cibles
I
IMPLANTATION FONCTIONNELLE
RÉAJUSTEMENT
AMÉLIORATION CONTINUE
Privilégier le jugement clinique
Plan d'action
PROGRAMME
PLAFONNEMENT POSSIBLE
ÉVALUATION
Questionner les cibles non atteintes.
III
INTERACTIONS

3.4 MODÈLE DYNAMIQUE : BREF SOMMAIRE DE CHACUNE DES PHASES

PRÉALABLES

Lorsque les préalables et l'engagement ont été bien définis, les établissements sont invités à prendre connaissance du cadre de référence proposé afin de bien identifier où ils se situent dans le modèle dynamique de prévention des chutes et faire l'arrimage en conséquence. Chacune des phases est décrite brièvement ici, puis fait l'objet d'une discussion plus poussée dans la section suivante, qui propose le cadre de référence pour chacune des phases.

PHASE I

Elle représente la phase d'élaboration ou la mise à niveau d'un programme périmé ou incomplet. Les établissements sont invités à consulter le cadre de référence général de la phase I proposé et de l'adapter à leur contexte.

À cette étape, le groupe d'experts juge important que l'établissement mette sur pied un comité interdisciplinaire de prévention des chutes et de la perte d'autonomie en prenant soin de bien identifier son rôle, le mandat et ses responsabilités.

Le groupe propose dans le cadre de référence, un choix d'outils qui ont été préalablement reconnus pour leur efficacité et leur fiabilité. Il est de la responsabilité de chacun des établissements de sélectionner des outils adaptés à leur réalité propre. Certaines interventions ou types d'interventions sont jugés essentiels et sont indiqués tels quels dans le cadre de référence. D'autres devront faire l'objet d'un choix; chaque établissement doit identifier ses priorités d'interventions. Le programme doit également inclure un plan de formation, un plan de communication et les modalités d'implantation des diverses composantes du programme et de suivi des résultats.

PHASE II

À la suite des réalisations de la première phase, soit la phase de « création », les établissements entrent en phase de « développement » et sont maintenant en mesure de faire des constats, de redéfinir leur programme, de modeler et de personnaliser les principes, les indicateurs et les cibles afin qu'ils reflètent davantage leurs spécificités. Ainsi, le cadre de référence qui était initialement général devient spécifique. L'appropriation des premiers résultats permet une adaptation conséquente.

PHASE III

Dans les deux premières phases, une amélioration considérable des résultats est à prévoir. Cependant, lorsque les cibles sont atteintes et qu'un plafonnement s'installe, les différents intervenants doivent réagir. Les parties du programme qui fonctionnent et qui donnent des résultats positifs doivent être encouragées. Par ailleurs, une attention particulière doit être mise sur les parties plus faibles du programme. À ce stade de « réajustement », les barrières et facilitateurs à l'implantation de toutes les composantes du programme sont mieux connus. Il est bon d'en refaire la liste et d'entamer une réflexion organisationnelle afin d'amener le programme plus loin.

PHASE IV

Le programme est maintenant à l'étape de la « maturité ». À ce stade, le programme est particulièrement à risque de voir s'installer un plafonnement des résultats. Trois avenues sont possibles. La première étant le constat que le programme est périmé, il ne répond plus à la problématique initiale. Dans ce cas, les intervenants doivent procéder au renouvellement du programme. Ils doivent refaire le diagnostic de la situation afin d'identifier la problématique.

La deuxième, le programme offre de belles performances et répond toujours à la problématique, mais certaines pratiques organisationnelles sont difficiles à changer et font en sorte que l'on observe un plafonnement et des résultats sous-optimaux. Dans ce scénario, les équipes doivent poursuivre l'évaluation segmentée du programme. La présence des gestionnaires dans les unités est toujours aussi importante. Une remise en question approfondie de certaines pratiques organisationnelles et de l'aide extérieure (centre d'expertise et d'accompagnement, section 4) pourraient s'avérer nécessaires.

La troisième, pour aller un peu plus loin, l'évaluation se fait en comparant les résultats avec d'autres centres. Ce partage d'informations permettant l'amélioration des pratiques est souhaitable. Participer aux différents comités et forums afin de garder une vision extérieure favorise une critique positive et évolutive.

3.5 PRÉALABLES ET ENGAGEMENT

Ayant reconnu l'importance de la problématique des chutes de même que les résultats mitigés des nombreuses interventions tentées pour contrer ce phénomène, le comité d'experts est d'avis que des préalables et des engagements sont essentiels, et ce, à tous les échelons des organisations, si l'on souhaite agir de manière plus efficace et plus efficiente. L'investissement des ressources est aussi primordial.

L'engagement de la haute direction des établissements est incontournable. La prévention des chutes et la perte d'autonomie doivent faire partie de son plan stratégique, qui doit être communiqué de façon efficace à tous les intervenants. Ce plan de communication devra préciser l'engagement ferme à la cause et incitera par le fait même l'adhésion de tous les membres, incluant les usagers. Pour bien faire l'exercice, la haute direction devra rendre disponibles des ressources financières et humaines. Il faudra aussi prévoir l'allocation de temps pour la formation des équipes, plus importante en début de cycle, puis de façon intermittente, mais constante par la suite pour l'amélioration et le maintien des compétences. Le plan de formation et ses détails assureront également une bonne compréhension et l'intérêt des équipes. Il permettra le développement d'une conscience collective concernant la problématique des chutes et une responsabilisation individuelle et collective accrues. L'accompagnement des équipes terrain devra aussi être prévu.

Le groupe d'experts recommande au ministère d'exiger des établissements, via les ententes de gestion, que soit alloué un pourcentage prédéterminé de leur budget, variable selon le type d'établissement et le pourcentage de personnes âgées desservies, entièrement dédié à la prévention des chutes et de la perte d'autonomie, incluant l'implantation de l'AAPA (recommandation 2 a).

Cette enveloppe budgétaire ne devrait pas, de prime abord, servir à l'ajout de personnel soignant dans les unités de soins. De la même façon, elle ne devrait pas se faire aux dépens de réduction du personnel soignant. Elle doit plutôt servir à l'accompagnement des équipes en place. On pense ici, par exemple, à la création de postes de gestionnaires dédiés à la prévention des chutes et de la perte d'autonomie, de gestionnaires du changement, de cliniciens interdisciplinaires accompagnateurs (mentors, champions ou coachs).

Le groupe d'experts recommande que le ministère envisage de mettre en place des mécanismes incitatifs pour les établissements qui s'engagent à investir dans une telle démarche. Un mécanisme de reddition de comptes devrait également être prévu (recommandation 2 b).

Le groupe d'experts croit qu'un programme de prévention des chutes bien investi produira des économies d'échelle bien au-delà des coûts d'instauration du programme.

3.6 PHASE I : CRÉATION

Un des moyens de sensibiliser les équipes soignantes aux risques de chutes est de les rendre visibles. Avoir un programme de prévention des chutes permet de rendre visibles les risques de chute dans un établissement donné. Il guide ainsi les réflexions sur ces risques et les manières de les réduire.

Coupler les efforts de l'AAPA (Approche adaptée pour la personne âgée) et la prévention des chutes en CH, en s'assurant que les établissements investissent suffisamment dans l'accompagnement pour la mise en œuvre efficace de ces approches dans les unités de soins, mènera à l'obtention de résultats, soit la diminution de la fréquence des chutes, du déclin fonctionnel, et de l'incidence de délirium et ainsi permettra de prévenir des incapacités, réduire le taux d'institutionnalisation et diminuer la durée de séjour en CH. Une éventuelle adaptation de l'AAPA pour les différents milieux d'hébergement (mandat que le groupe d'experts recommande de confier au comité provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie) constituerait un atout pour l'intervention sur les facteurs de risque modifiables dans ces milieux.

Cadre de référence d'un programme de prévention des chutes

Il existe plusieurs guides permettant d'élaborer un programme de prévention des chutes. L'INESSS (2013) en nomme quelques-uns. Au Canada, l'institut canadien de sécurité des patients (ICSP) propose sa trousse de départ pour la prévention des chutes pour les soins de courte et de longue durée et pour les soins à domicile (CPSI 2013). Au Québec, l'INSPQ propose différents programmes pour la clientèle vivant à domicile. Le groupe d'experts propose une liste de guides à (annexe 2).

Afin de soutenir efficacement les efforts liés à la prévention des chutes, un programme doit posséder un certain nombre d'éléments. Cette section présente un cadre de référence basé sur une recension des écrits et dont la présentation est inspirée de la table des matières proposée par le National Guideline Clearing House, Agency for Health Research and Quality (Gray-Micelli *et al.,* 2012). Ce dernier peut ensuite être adapté à chaque établissement selon la clientèle et les services offerts, permettant ainsi une appropriation par chaque milieu de soins. Des éléments de l'approche adaptée à la personne âgée (MSSS, 2011) seront intégrés tout au long du cadre, puisque les composantes de cette approche rejoignent la prévention des chutes.

3.6.1 LA DESCRIPTION DU CONTEXTE

Un élément incontournable de la démarche est la description sommaire de l'organisation dans laquelle le programme est déployé : sa (ses) mission(s), sa (ses) clientèle(s) et son (ses) centre (s) de production de soins et services. Les informations fournies doivent informer sur les possibilités et limites du programme, notamment en termes de portée et de profondeur, et ce, afin de permettre de juger de la pertinence des choix qui sont faits, s'il y a lieu. De façon générale, on peut s'attendre qu'une organisation hétérogène en termes de missions, de clientèles et d'unités de production ait un programme cadre complété par plusieurs sous-programmes. À l'opposé, une organisation homogène pourrait avoir un programme unique applicable mur à mur.

Le contexte est aussi l'occasion de préciser que le programme de prévention des chutes n'évolue pas en vase clos : il s'enchâsse dans d'autres programmes et politiques, il soutient et

doit soutenir d'autres objectifs. Il convient tout particulièrement de présenter les programmes qui limitent, complexifient ou appuient l'action en prévention des chutes, comme la philosophie « milieu de vie » et la politique d'utilisation minimale des contentions. Dans cette lignée, il convient aussi de présenter les pratiques qui sont déjà en place et qui contribuent à la prévention des chutes (ex. l'AAPA, le dépistage et la prise en charge du délirium, le suivi nutritionnel, les interventions sur le syndrome d'immobilisation, etc.). En effet, la prévention des chutes est une préoccupation qui s'apparente au covoiturage; les personnes peuvent monter à bord des véhicules qui sont déjà en circulation.

3.6.2 L'ÉNONCÉ DE LA PROBLÉMATIQUE

Un programme est une réponse à une problématique donnée. Pour juger de la qualité et de l'efficacité d'un programme, il faut connaître ce à quoi il tente de s'attaquer.

La problématique doit être concrète, spécifique et refléter la réalité unique de l'organisation. En ce sens, elle doit être basée sur l'analyse d'informations locales. Dans le cas qui nous intéresse, la problématique à définir a trait aux chutes, aux blessures attribuables aux chutes et à tout ce qui s'ensuit. Parmi les éléments à préciser pour tracer les principaux contours de la situation à améliorer, soulignons :

- la fréquence des chutes sur un horizon de temps X, à l'échelle de l'organisation (et selon ce qui s'applique, des missions, des établissements, des programmes-clientèles, des unités de soins, etc.);
- les lieux où les chutes surviennent plus fréquemment (chambre, corridor, étage, pavillon, etc.);
- les heures associées à des taux de chute plus élevés;
- les groupes d'âge les plus affectés;
- les principales circonstances de chutes (personnes trouvées par terre, tombées en marchant, en transférant, etc.);
- la nature des blessures causées par les chutes;
- les chutes par niveau de gravité.

Le registre local des incidents et accidents, qui est soutenu par les systèmes d'information sur la sécurité des soins et des services est une source de données de premier intérêt. Cela dit, il faut aussi déborder des informations stockées dans le Registre si l'on souhaite être en mesure d'expliquer les conséquences susceptibles d'être déclenchées par les chutes. Par exemple :

- les conséquences psychologiques ou physiques possibles;
- les risques de détérioration précipitée et de complication;
- les impacts possibles sur la trajectoire et la durée de soins (transfert, chirurgie, etc.);
- bien mesurée dès le départ, la problématique aura l'avantage de servir de mesure de base pour juger des effets du programme. Cependant, étant donné que l'urgence de prévenir des chutes est une préoccupation de tous les établissements, en l'absence de définition précise de la situation, le groupe d'experts recommande de ne pas attendre et d'élaborer de façon concomitante les interventions de prévention. Par ailleurs, il recommande également de mettre en place des indicateurs qui permettront une meilleure analyse de la situation ultérieurement, à la phase de développement.

3.6.3 LES OBJECTIFS DU PROGRAMME

Plusieurs groupes les RNAO (2012), CPSI (2013) et AHRQ (2013) recommandent les objectifs portant sur :

- l'identification des risques de chute et des blessures reliées aux chutes;
- les interventions pour diminuer les risques;
- les interventions lors d'une chute;
- les indicateurs ou les cibles permettant d'évaluer les résultats.

3.6.4 LA DÉFINITION DES CONCEPTS

Pour une compréhension commune des concepts liés aux chutes, il est essentiel de faire consensus sur les définitions utilisées afin qu'elles soient partagées à l'échelle de la province pour faciliter ainsi la communication et la comparaison entre les établissements.

L'annexe 12 suggère différentes définitions, le groupe d'experts propose de choisir les suivantes :

Chute : Évènement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment (OMS, 2012)[2].

Quasi-chute ou presque chute : Événement 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 ou non en présence d'un intervenant (c'est-à-dire que l'usager peut déclarer lui-même l'évènement). La hauteur du point de départ de la quasi-chute et le fait qu'il y ait ou non présence de blessures n'ont pas d'importance (CSSS de la Vieille-Capitale, 2012)[3].

Chute avec blessure :

a) Sévère : Fractures ou admission à l'hôpital, lacérations qui nécessitent des sutures.

b) Modérée : Ecchymoses, entorse, abrasion, éraflure, ou réduction de la mobilité jusqu'à trois jours suivant la chute ou recours à des soins médicaux (Campbell *et al.,* 1997).

Chute à répétition : Une personne qui subit plus de deux chutes dans une période de 6 mois (Nabil, 2013). Une personne répondant à cette définition est à risque plus élevé de tomber de nouveau.
Pour certains usagers, il est possible qu'une condition médicale ou encore un comportement particulier soit à l'origine de chutes répétitives même si un plan d'interventions interdisciplinaire est déjà en place et mis à jour régulièrement. Pour de tels usagers, le niveau de déclaration des chutes dans le registre local peut être ajusté. La non-déclaration devrait représenter une situation exceptionnelle pour les usagers présentant des chutes très nombreuses.

Pour faciliter la communication entre les intervenants de différents milieux et la comparaison, le groupe d'experts suggère que le MSSS, les ASSS, les CSSS et autres

[2] OMS, (2012) Centre des médias, Les Chutes, Aide –Mémoire n° 344, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/.
[3] CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE. Programme de prévention des chutes 2012, http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=926.

établissements de santé adoptent les mêmes définitions pour les termes chutes, quasi-chute, chutes causant blessures, chuteurs à répétition et certains indicateurs communs tels le taux de chute par 1 000 jours-présence usager, la proportion de chutes avec blessures, le taux d'utilisation des contentions (recommandation 8).

3.6.5 LES UTILISATEURS CIBLÉS

La prévention des chutes est l'affaire de tous. Oliver (2010) mentionne d'ailleurs qu'un programme uni disciplinaire n'est pas efficace. Comme la collaboration interprofessionnelle est essentielle, il est important d'identifier clairement les rôles et responsabilités des différents intervenants cliniques. Häggqvist (2012) mentionne que les intervenants dont le mandat concernant la prévention des chutes n'est pas clairement identifié, documentent peu les risques et n'interviennent pas de façon optimale en prévention ou lors d'une chute.

Les rôles et responsabilités pour chaque membre du personnel offrant des services auprès d'une population à risque de chute doivent être clairement identifiés. Les responsabilités ne s'arrêtent pas uniquement à l'équipe clinique, mais appartiennent aussi aux gestionnaires et aux équipes de soutien telles les équipes des services techniques et de l'entretien ménager.

La description des acteurs impliqués dans le programme peut devenir superflue si elle ne répète que des informations connues ou que l'accent est mis sur les frontières plutôt que sur les interdépendances. La prévention des chutes et blessures associées est plus que la somme des contributions individuelles de tous.

L'équipe de gestion :

- la direction générale, le conseil d'administration et l'ensemble des directions de l'établissement;
- les gestionnaires intermédiaires;
- le gestionnaire de risques.

L'équipe clinique : L'infirmier, l'infirmier auxiliaire, le préposé aux bénéficiaires, le médecin, le pharmacien, le physiothérapeute, le thérapeute en réadaptation physique, l'ergothérapeute, le nutritionniste, le travailleur social, le psychologue, l'intervenant aux activités de vie, le technicien en éducation spécialisée, l'auxiliaire de santé et services sociaux.

Les comités :

- Conseil d'administration et son comité de vigilance et de la qualité;
- Comité de gestion des risques;
- Comité interdisciplinaire de prévention des chutes;
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, Conseil des infirmiers et infirmières, Conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires, Conseil multidisciplinaire.

Les intervenants des directions partenaires : Services techniques, hygiène et salubrité, ressources humaines, finances.

La population : Les usagers et leurs proches.

Les liens avec les partenaires du réseau :

- les cliniques médicales;

- Les ressources communautaires.

3.6.6 LA POPULATION VISÉE

Chaque établissement est constitué d'une série de programmes et services pour répondre aux différents besoins de la population. Pour chacun de ces programmes ou services, il est important d'identifier la clientèle à risque de chute et de blessures reliées aux chutes. L'objectif est de définir les caractéristiques des groupes chez qui on souhaite prévenir les chutes et blessures associées afin de juger si les pratiques sont conçues à leur mesure. Un des éléments incontournables est le degré d'hétérogénéité de la clientèle desservie.

La clientèle dans la communauté : Toute personne de 65 ans et plus (Nice, 2013).

La clientèle en clinique externe :

- la clientèle de 65 ans et plus (Nice, 2013), peu importe le type de clinique; ainsi que
- les cliniques dont la mission vise une clientèle plus vulnérable telles oncologie (Puts, 2013), endoscopie (Dawn, 2011), dialyse (Heung, 2010) et pédiatrie (Ryan-Wenger, 2013).

La clientèle à l'urgence : La clientèle de 65 ans et plus (Tiedemann, 2013, Cabillic, 2013, Close, 2003).

Clientèle hospitalisée :

- Selon Nice (Nice, 2013, Morarescu, INESSS, 2013), toute personne de 65 ans et plus admise à l'hôpital devrait avoir une évaluation. Les personnes de 50 à 64 hospitalisées devraient également avoir une évaluation selon la raison d'hospitalisation (fracture, accident vasculaire), la présence de problèmes sous-jacents (maladie neurologique) ou selon les problèmes en cours d'hospitalisation (infection).
- L'AAPA (MSSS, 2011) cible en particulier les 75 ans et plus.

Clientèle hébergée : Toute la clientèle : en raison de l'âge ou des multiples pathologies.

Par ailleurs, connaître ses clientèles en termes non pas seulement d'âge, mais également d'objectifs (ex. qualité de vie ou réadaptation), d'autonomie fonctionnelle, d'état de santé, de profil pharmaceutique, de langue, de statut socioéconomique, d'appartenance culturelle, de valeurs et intérêts générationnels et de niveau de scolarité permet de mieux identifier les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés dans la population desservie et de mieux cibler les interventions.

3.6.7 LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE

Plus de 400 facteurs de risque de chute ont été répertoriés (Nice, 2013, Feil, 2012). Les établissements n'ont pas à en dresser une liste exhaustive, mais il s'avère utile de discriminer ceux qui sont les plus révélateurs du risque et qui correspondent le mieux à une population donnée.

Les déterminants de la probabilité de chuter peuvent être classifiés de différentes façons, mais quatre catégories sont habituellement distinguées.

1. la première catégorie est celle regroupant les facteurs de risque de chutes dits « intrinsèques » ou biologiques. Il s'agit des caractéristiques individuelles et de l'état de santé qui agissent sur la probabilité de chute d'une personne;
2. la deuxième se constitue des facteurs de risque dits « comportementaux ». Ici, la probabilité de chuter d'une personne découle de son attitude et de ses comportements (ex. témérité);
3. la troisième catégorie se compose des facteurs de risque dits « environnementaux ». Les caractéristiques de l'environnement où est une personne agissent sur sa probabilité de chuter (ex. : présence ou non de points d'appui);
4. la quatrième se rapporte aux facteurs socioéconomiques. Il s'agit là d'éléments appartenant au réseau social et à la condition de vie de la personne et qui influencent la capacité de résilience en cas de chutes.

Identifier les facteurs de risque de chutes et les facteurs de vulnérabilité qui augmentent le risque de blessures sert à vérifier si l'établissement intervient sur tous les déterminants. Par exemple, le délirium est un facteur de risque, les établissements doivent se demander s'ils ont quelque chose de prévu pour le traiter. Si les établissements ne font rien à ce sujet, voilà une belle occasion d'améliorer la prévention des chutes. En bref, la liste n'est pas un objectif en soi, mais un moyen : celui de se donner des pistes pour améliorer la « couverture des risques de chutes et blessures ».

FACTEURS BIOLOGIQUES	MODIFIABLE	FACTEURS LIÉS AU COMPORTEMENT	MODIFIABLE	FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT	MODIFIABLE	FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES	MODIFIABLE
Mobilité réduite, troubles de l'équilibre, de la démarche	✓	**Antécédents de chutes**		**Dangers à domicile**	✓	**Niveau de scolarité**	
				Escaliers			
		Peur de chuter	✓	**Barres d'appui**	✓	**Revenu**	
		Chaussures	✓	**Aires de repos**	✓	**Analphabétisme**	✓
Faiblesse musculaire	✓	**Alimentation**	✓	**Éclairages**	✓	**Vit seul**	✓
Âge avancé		**Hydratation**	✓	**Seuil de porte**	✓	**Réseau social**	
Maladie ou invalidité chronique		**Médication :**	✓	**Absence de mains courantes**	✓	**Barrières linguistiques**	
• Déficience cognitive		Nombre		**Surfaces glissantes**	✓	**Transport**	
• AVC, Parkinson		Anticoagulothérapie		**Surfaces inégales**	✓		
• Diabète	✓	Antipsychotiques		**Obstacles/ trébuchement**	✓		
• Arthrite		Anxiolytiques					

FACTEURS BIOLOGIQUES	MODIFIABLE	FACTEURS LIÉS AU COMPORTEMENT	MODIFIABLE	FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT	MODIFIABLE	FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES	MODIFIABLE
• Cardiopathie	✓	Antidépresseurs		**Codes du bâtiment mal adaptés**	✓		
• Incontinence	✓	**Activité physique**	✓				
• Troubles du pied	✓	**Sommeil**	✓				
• Déficience visuelle	✓	**Utilisation d'aides fonctionnelles**	✓				
• Ostéoporose	±						
• Hyper/hypotension	✓	**Comportement à risque**	✓				
• MPOC							
Maladie aiguë		**Consommation excessive d'alcool**	✓				
• Infection, délirium	✓						
• Chirurgie							

Adapté de l'Agence de la santé publique du Canada, *Chutes chez les aînés au Canada*, Deuxième rapport, 2014.

3.6.8 L'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE

Le guide de prévention des chutes de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2013) affirme que l'utilisation d'un outil standardisé d'évaluation des risques de chute permet de soutenir le raisonnement clinique.

Toutefois, certains experts hésitent à recommander l'utilisation d'outils standardisés d'évaluation des risques de chute, puisqu'il a été démontré que leur capacité à discriminer les chuteurs avérés de non-chuteurs avérés pouvait être limitée. Pour être utile, l'American Medical Directors Association (AMDA, 2011) préconise que l'évaluation des risques devrait être considérée comme cycle perpétuel d'évaluations, d'interventions et d'ajustements. Les intervenants devraient avoir le réflexe de penser « risque de chutes » dès qu'un facteur de risque apparaît, disparaît ou se modifie, que ce soit à la suite d'un évènement (ex. relocalisation, erreurs de médicaments, agressions, chutes, etc.) ou d'un changement d'état (incluant un changement de comportement). Comme le risque de chutes est fluctuant, l'évaluer uniquement lorsque l'organisation du travail le commande est une pratique à portée limitée.

L'utilisation de « listes de facteurs de risque de chutes modifiables » encourage une évaluation exhaustive des facteurs de risque d'une personne (un à un) et la prise en charge de chacun des facteurs présents. Ces listes devraient être utilisées pour conditionner une évaluation clinique structurée et complète. Ce type d'évaluation est même jugé indispensable à l'admission par le groupe d'experts.

Cependant, certains auteurs mettent en garde : dans la pratique, l'utilisation de listes de facteurs de risque (outils de dépistage et autres) mène parfois à un rituel désincarné, à un exercice livresque n'ayant pas d'écho sur les interventions. L'évaluation ne doit pas être réduite à un acte de documentation, mais mener à une réflexion authentique culminant dans des décisions et interventions cliniques concrètes et personnalisées, s'ajoutant aux précautions universelles.

Pour Healey et Haines (2013), le score obtenu grâce à un outil standardisé permet une utilisation plus efficace des ressources souvent limitées dans les établissements de soins. Un tel outil vient ainsi mieux cibler les risques ou la population qui en a le plus besoin.

Dans son enquête sur un échantillonnage d'établissements du Québec, le présent groupe d'experts a constaté que la plupart des établissements utilisent un outil (validé ou maison). Le groupe d'experts désire rappeler l'importance de bien choisir cet outil afin qu'il corresponde à la clientèle visée.

La clientèle dans la communauté :

- l'INSPQ propose dans ses travaux sur la prévention des chutes à domicile une série de tests plutôt qu'un seul outil avec score (INSPQ, 2009);
- Rubeinstein (2011) propose quant à lui un questionnaire de risques de chutes (Self-Rate Fall Risk Questionnaire (FRQ). Cet outil a été adopté par le groupe BC Injury de la Colombie-Britannique;
- Scott *et al.* (2007) recommande le Fonctional Reach Test.

Le FAB ou Fullerton Advanced Balance Scale (Hernandez, 2008) est conçu pour une clientèle âgée mobile et non confinée à son domicile

La clientèle dans la communauté : D'après une étude menée par Barry *et al.* (2014), le Timed Up and Go (TUG) ne serait pas un outil à utiliser de façon isolée pour identifier le risque de chute pour les personnes âgées vivant en communauté.

La clientèle en clinique externe : Il n'existe pas de tests spécifiques aux différentes clientèles des cliniques externes. Les chercheurs qui se sont penchés sur ces secteurs proposent davantage une série d'interventions reliées à l'équipement et l'environnement et à la sensibilisation des employés.

Clientèle à l'urgence :

- Close (2003) propose d'utiliser les facteurs de risque suivants : Une chute ou plus dans la dernière année survenue à l'intérieur, l'incapacité de se relever seul ou la prise de quatre médicaments et plus;
- Tiedemann (2013) suggère deux questions : L'usager a-t-il fait deux chutes ou plus dans la dernière année et Prend-il six médicaments ou plus?

Le TUG n'est également pas recommandé, car celui-ci ne serait pas efficace pour identifier le risque chez une personne qui vient de tomber (Caterino, 2009).

Clientèle hospitalisée :

- Le Morse et le Stratify sont les outils les plus souvent recommandés (Scott, 2007, Nice, 2013, Hempel, 2012, Oliver, 2010). Certains auteurs (Hill Bailey, 2011 et Healey, 2013) émettent cependant des réserves, car selon la calibration d'origine et la clientèle à laquelle le Morse est administré, le score de 25 et plus manque de sensibilité et de spécificité. Bailey (2011) propose d'ailleurs une façon de calibrer l'outil pour qu'il corresponde à la clientèle voulue.
- Il existe également le Modified Johns Hopkins Fall risk Assessment Tool (mJH-FRAT) qui est en cours de validation (Hnizdo, 2013). Il est utilisé majoritairement dans le réseau des hôpitaux militaires américains.

3.6.9 LES ACTIVITÉS DU PROGRAMME (INTERVENTIONS)

Le programme doit faire état des principales interventions recommandées et fournir une explication générale de leurs paramètres et mode de fonctionnement. L'idée est d'obtenir un portait global de ce qui se fait dans l'organisation et qui sert la cause de la prévention des chutes et blessures associées, au-delà des frontières professionnelles ou administratives.

Il convient tout d'abord de préciser ce que constitue une intervention, pour ne pas que le programme devienne un fourre-tout, un manuel scolaire ou un recueil de documents. Selon Contandriopoulos *et al.* (1992), une intervention est un ensemble de moyens physiques, humains, financiers et symboliques qui sont agencés de façon complémentaire pour agir sur un ou des déterminants de la situation problématique.

Une majorité de guides et d'auteurs recommandent les interventions multifactorielles (INESSS, 2013, NICE, 2013, CPSI, 2013, INSPQ, 2011, Goodwin, 2014 et Cameron, 2012). Une méta-analyse de la collaboration Cochrane (Cameron *et al.,* 2012) répertoriant des études effectuées dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée a permis de démontrer l'efficacité des interventions multifactorielles pour la prévention des chutes. En effet, on y rapporte une diminution du taux de chute de 31 % à l'hôpital et de 22 % en soins de longue durée. En longue durée, la méta-analyse de Myake-Lye (2013), dont les données sont tirées de 4 méta-analyses rassemblant 19 études, arrive à la conclusion que ce type d'interventions multifactorielles chez la clientèle hébergée diminue le taux de chute de 30 %.

Mettre en place différentes interventions s'avère efficace, mais il est cependant nécessaire d'intervenir spécifiquement selon les facteurs identifiés. Ces mêmes guides et auteurs abordent donc les stratégies de prévention sous deux angles : la prévention universelle et la prévention personnalisée. Le troisième type d'interventions concerne les interventions post-chute. Par ailleurs, certains auteurs, à l'instar de l'OMS, classifient les interventions en les qualifiant de primaires, secondaires et tertiaires.

3.6.9.1 INTERVENTIONS PRIMAIRES (PRÉVENTIVES OU UNIVERSELLES)

Les interventions primaires visent la sécurisation de l'environnement pour éviter la dégradation de la santé et la survenue d'incidents et accidents. Essentiellement, des aspects tangibles de l'environnement sont modifiés pour neutraliser les facteurs de risque à la source et augmenter les facteurs de sécurité (ex. assécher les planchers mouillés, ajouter des rampes et barres d'appui au-delà des exigences du *Code du bâtiment*). À ce premier niveau, les interventions sont préventives et elles ne s'adressent qu'aux conditions environnementales. Le principal défi pour améliorer l'intervention primaire est d'aller au-delà des facteurs qui agissent comme cause immédiate et proximale et au-delà des idées reçues, en portant une attention particulière aux paramètres qui conditionnent l'environnement (ex. culture, valeur, choix de gestion, taux de roulement du personnel, organisation du travail, niveaux de ressources, composition des équipes, etc.).

Ensemble de la population et des secteurs d'activités des établissements de soins :

- un environnement sécuritaire comportant des aires de déplacements dégagées;
- des équipements sécuritaires et ajustables à la taille de l'usager;
- l'aide et la stimulation à la mobilité;
- le port de chaussures adaptées à la condition de l'usager;

- une sensibilisation générale des employés, usagers et visiteurs à la prévention des chutes.

Clientèle hospitalisée ou hébergée :

- en plus des éléments mentionnés, pour la clientèle hospitalisée et hébergée, la cloche d'appel doit toujours être à la portée de l'usager et le lit à la position la plus basse;
- les aide-mémoire de l'AAPA : interventions systématiques en salle d'urgence ou en unité de soins pour toute la clientèle âgée (MSSS, 2011) proposent différentes stratégies de prévention universelles, dont plusieurs sont pertinentes pour la prévention des chutes;
- l'AAPA comprend également un module de formation, un guide de formation pour les champions, des aide-mémoire et des grilles d'analyse portant spécifiquement sur l'environnement, une grande partie de ce matériel s'appliquant directement à la prévention des chutes.

3.6.9.2 INTERVENTIONS SECONDAIRES

Les interventions secondaires visent le renforcement des capacités, forces et ressources individuelles permettant d'éviter la survenue d'accidents et de retarder les dégradations de la santé. Elles visent aussi l'adoption et le maintien d'attitudes et comportements favorables à la santé et la sécurité. Le choix et le paramétrage de ces interventions sont fondés sur des évaluations individualisées. Comme les interventions primaires, les interventions secondaires sont préventives. Or, elles s'en distinguent en s'adressant aux individus (plutôt qu'à l'environnement). Les interventions secondaires sont réputées être des plus efficaces. Elles complètent judicieusement les précautions environnementales.

a) Interventions secondaires applicables à tout type de clientèle

- l'évaluation et l'ajustement de la médication (CPSI, 2013, NICE, 2013, AGS/BGS, 2011);
- les exercices de force et d'équilibre (Sherrington, 2011, Vogler 2012, AGS/BGS, 2011);
- l'évaluation de la nutrition (CPSI, 2013);
- l'examen de la vue (Meuleners, 2012, 2014, AGS/BGS 2011);
- surveillance et contrôle des maladies chroniques telles : HTA, HTO orthostatique, MPOC, MCAS (Sibley, 2014);
- adaptation de l'environnement selon le risque identifié (Guo, 2013);
- demeurer vigilant et intégrer le dépistage du délirium (AAPA 2011, INESSS 2013);
- prise de vitamine D (NICE, 2013, AGS/BGS, 2011, INESS 2013);
- soins de pieds et bon chaussage;
- être vigilant à l'égard des maladies du sinus carotidien (AGS/BGS, 2011, NICE, 2013, Gagnon et Lafrance, 2011).

b) Clientèle dans la communauté

Pour les personnes âgées vivant dans la communauté (confinées ou non), les recommandations suivantes sont reconnues comme efficaces, qu'elles soient effectuées de façon isolée ou en combinaison avec d'autres stratégies :

Révision de la médication

Gagnon et Lafrance (2011) rapportent l'efficacité de la révision des médicaments pour prévenir les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Ils soutiennent que cette mesure pourrait réduire le nombre de chuteurs de 27 % et recommandent que les médecins et pharmaciens collaborent à la révision des médicaments (indication, effets secondaires, adhésion) dans le cadre d'une consultation médicale périodique afin de repérer les ordonnances non appropriées et les interactions.

Vitamine D

Toujours selon Gagnon et Lafrance (2011), il existe des preuves solides que 700 ou 800 unités par jour de vitamine D3 en combinaison avec un supplément de calcium supérieur à 500 mg par jour peut mener à une diminution du nombre de chuteurs de l'ordre de 19 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile.

Ces mêmes auteurs recommandent « que les médecins s'assurent que toutes les personnes âgées prennent un supplément de 800 à 1 000 unités de vitamine D3 par jour, combiné à un apport quotidien en calcium de 1 200 mg (apport alimentaire complété, au besoin, par l'ajout de suppléments). » La vitamine D3 de 10 000 unités par semaine est une autre possibilité valable, dans le but de rationaliser le nombre de comprimés. Ils soutiennent que si le calcium n'est pas toléré, la supplémentation seule en vitamine D est un choix à envisager avec augmentation de l'apport par l'alimentation.

Dans une méta-analyse récemment publiée (Reid, janvier 2014), les auteurs remettent en question la supplémentation seule en vitamine D en alléguant que cela n'a aucun impact sur la prévention de fractures. Cette étude s'intéresse cependant uniquement à l'effet minime de la vitamine D sur la densité osseuse et non sur le rôle joué par cette vitamine sur la fonction musculaire qui serait ici prédominant.

Les programmes d'exercices

Cette stratégie est l'une de celles qui font le plus consensus auprès des chercheurs pour la clientèle à domicile (Almeida, 2013, Gillespie, 2012, Sherrington, 2011, American and British Geriatrics Societies, 2011 et Robinovitch, 2014).

Pour que le programme d'exercices soit efficace, il doit contenir :

- des exercices d'équilibre avec diminution de la base de support et transferts de poids;
- des exercices de résistance des membres inférieurs (ex. : des transferts assis-debout à vitesses et hauteurs différentes, avec et sans l'aide des mains, des transferts en utilisant une veste intégrant des poids);
- une progression suffisante et une fréquence régulière de 2 à 3 fois par semaine pour un total de 50 heures (24 semaines). Vogler (2012) démontre d'ailleurs qu'il faut au moins 24 semaines d'exercices en continu pour assurer le maintien des gains et ne pas perdre l'effet.

Robinovitch (2014) recommande quant à lui des exercices des membres supérieurs afin d'augmenter l'efficacité de ceux-ci lors d'une chute.

La marche peut être intégrée aux activités du programme, mais ne doit pas être faite au détriment des exercices d'équilibre et de renforcement.

De plus, dans la méta-analyse de Sherrington (2011), il est mentionné que les exercices en groupe ou à domicile donnent les mêmes résultats. Dans les deux cas, on suggère différentes modalités pour soutenir la motivation, telles les visites, les appels téléphoniques, les calendriers et le journal de bord.

Voici des exemples de programmes (voir bibliographie) :

- PIED (Québec 2002);
- KTEP : Kitchen table exercise program (Australie 2007);
- LIFE: Lifestyle-integrated functional exercise (Royaume-Uni 2007);
- OTAGO exercise program (Australie 2003) Ce programme a d'ailleurs été évalué à plusieurs reprises concernant son efficacité et le rapport coût/bénéfices (Thomas, 2010);
- STEADI : Stopping elderly accidents, deaths & injuries (É.-U. 2008).

Adaptation de l'environnement

- le programme MARCHE (CSSS de la Vieille-Capitale, 2012) propose une liste de vérification de l'environnement à domicile;
- Horowitz *et al.* (2013) ont développé un outil d'évaluation comportant des stratégies pour chaque problématique rencontrée, le Home Safety Self Assessment Tool (HSSAT).

Ajustement de la vision

Les troubles visuels augmentent le risque de chutes. (Meuleners 2012, 2013, AGS/BGS, 2011). L'ajustement des verres correcteurs et la chirurgie de la cataracte diminuent le risque de chute. Une mise en garde est cependant de mise : l'adaptation à l'utilisation de verres à lentilles bifocales peut augmenter le risque de chute à court terme et peut amener un risque pour les usagers qui font des activités sportives extérieures (Meuleners, 2012). La chirurgie de la cataracte diminue le risque de chute, mais ce dernier peut néanmoins être augmenté entre la première et la seconde chirurgie de cataracte (Meuleners, 2013).

Pour de plus amples détails sur les interventions dans la communauté, le lecteur est invité à consulter le document préparé par Gagnon et Lafrance (2011) pour l'INSPQ, et intitulé : *Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique*.

D'ailleurs, étant donné la qualité et l'utilité de ce document, le présent groupe d'experts recommande, qu'en collaboration avec le Collège des médecins, le MSSS publie ce guide de pratique clinique destiné aux médecins et autres professionnels intervenant en première ligne auprès de personnes âgées et le distribue largement (recommandation 18).

c) Clientèle en clinique externe et à l'urgence

Concernant la prévention des chutes en clinique externe et à l'urgence, les différents auteurs consultés (Puts, 2012, Dawn, 2011, Heung, 2010, Ryan-Wenger, 2013) recommandent :

- utiliser du matériel à hauteur variable avec appuie-bras ou barres d'appui;
- ajuster la surveillance selon le risque (ex. : salle de réveil);

- installer des affiches dans les salles d'attente pour sensibiliser la clientèle aux risques de chute;
- mettre des chaises dans les salles d'habillage/déshabillage, s'assurer qu'au moins une de ces salles est accessible avec un fauteuil roulant;
- sensibiliser le personnel : programme de formation, installation des rappels pour le personnel dans des endroits stratégiques (ex. : laisser toujours la civière au plus bas);
- effectuer un bon transfert d'information entre les secteurs d'activité.

De plus, pour la clientèle à l'urgence, Russel (2009) traite de l'importance de diriger le client à une ressource qui pourra effectuer une évaluation approfondie du risque de chute afin de mettre en place des stratégies.

Le dépistage des personnes à risque dans les salles d'urgence du Québec avec l'utilisation d'outils tels PRISMA et ISAR dans le cadre de l'AAPA et leur signalement aux CSSS concernés représente une belle occasion de mettre en branle les interventions appropriées du continuum pour la prévention des chutes (PCP, PIED, MARCHE, IMP).

Pour le secteur de l'urgence et la clinique externe, le présent groupe d'experts recommande que les établissements s'assurent de:

Faire la vérification de l'histoire de chutes (dans les douze derniers mois) pour chaque personne identifiée à risque selon un des outils de repérage utilisés à l'urgence (PRISMA ou ISAR) (recommandation 16 a).

Évaluer de façon systématique les facteurs de risque de chutes modifiables de toute personne âgée de 65 ans et plus, se présentant à l'urgence ou à la clinique médicale, ayant fait une chute dans les douze derniers mois (c.-à-d. pratiques cliniques préventives) (recommandation 16 b).

Faire l'investigation post-chute complète, pour les personnes âgées se présentant à l'urgence ou à la clinique externe à la suite d'une chute (recommandation 16 c).

Diriger systématiquement au CSSS mission CLSC ou au médecin traitant tout chuteur âgé de 65 ans et plus qui se présente à l'urgence ou à la clinique externe, afin de mettre en place les interventions appropriées du continuum de services soit : les pratiques cliniques préventives, l'intervention multifactorielle non personnalisée basée sur le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) et l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) (recommandation 16 d).

De plus, tel que mentionné précédemment, afin de faciliter l'adhérence à ces recommandations, le groupe recommande la publication du guide des pratiques cliniques préventives et une large diffusion.

d) Clientèle hospitalisée et hébergée

Le délirium, la démence, l'incontinence et la médication seraient les facteurs de risque les plus importants associés aux chutes dans les hôpitaux (Dean, 2012, Tzeng, 2010 et Muir 2012).

Les tableaux suivants présentent le résultat de la recension des écrits par le présent comité d'experts concernant certaines interventions spécifiques concernant certains facteurs de risque modifiables, fréquemment rencontrés.

Le comité d'experts tient cependant à rappeler la supériorité des interventions multifactorielles (INESSS 2013, NICE 2013, CPSI, 2013, INSPQ, 2011, Goodwin 2014 et Cameron 2012). Ainsi, selon le groupe d'experts, coupler les efforts de la prévention des chutes et ceux de l'implantation de l'AAPA représente une avenue prometteuse. Plusieurs des facteurs de risque de chutes sont adressés par les modules de formation et les fiches cliniques de l'AAPA : le syndrome d'immobilisation et la prévention du déclin par un programme de mobilité, la prévention du délirium, la prévention des troubles de comportement, le traitement de l'incontinence, les mesures non pharmacologiques pour favoriser le sommeil et l'optimisation de la nutrition et de l'hydratation. L'AAPA telle que conçue initialement s'adresse aux hôpitaux de soins de courte durée, mais son contenu est applicable et peut être adapté à la clientèle hébergée en CHSLD, mais également en ressources intermédiaires.

Le présent comité d'experts recommande aux établissements d'utiliser les outils de l'AAPA afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des plans d'interventions visant la modification des facteurs de risque les plus importants, incluant le délirium (recommandation 10.)

Le présent comité d'experts recommande au MSSS de veiller à l'adaptation des principes de l'AAPA dans les milieux d'hébergement et le domicile. Le mandat pourrait être confié au comité provincial permanent pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie (recommandation 9).

Parmi les différentes interventions secondaires, l'avenue la plus prometteuse pour la prévention des chutes, du délirium et du déclin fonctionnel, passe selon le groupe d'experts par l'organisation du travail. La « tournée intentionnelle » démontre des résultats très intéressants. La personnalisation formalisée des temps de tournée pour certains usagers peut diminuer le nombre de chutes et également le nombre d'appels par cloche.

i) Tournée intentionnelle

Souvent citée comme étant une nouveauté dans l'amélioration de la prestation sécuritaire des soins reliés aux chutes, les tournées intentionnelles effectuées par le personnel auprès de la clientèle, tant en soins aigus qu'en soins de longue durée, date des années 80 aux États-Unis. Étant maintenant reconnues comme pratique exemplaire au Canada et aux É.U., les tournées intentionnelles font également partie intégrante des activités de soins quotidiennes dans plus de 400 hôpitaux internationaux.

La littérature (Dietrich, 2012, Kolin, 2010 et Meade, 2006) et des organisations, telles que la Joint Commission National Patient Safety Goals (2012), l'Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ, 2008), Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! (2012) ainsi que le ministère de Santé de l'Ontario (2012) soutiennent l'utilisation de cette stratégie des tournées intentionnelles comme étant une mesure d'amélioration de la qualité qui peut augmenter la sécurité des usagers tout en diminuant les taux de chute dans une organisation. Selon Sherrod *et al.,* 2012 et le Studer Group (2010), l'intégration de la pratique des tournées intentionnelles dans un programme de prévention des chutes existant peut diminuer de façon significative les taux de chute.

Comme le terme le décrit bien, les tournées intentionnelles impliquent des visites structurées aux usagers à toutes les heures, effectuées par les membres de l'équipe de soins, c'est-à-dire autant les professionnels que les non-professionnels, et ont pour but de vérifier et de répondre aux quatre besoins suivants :

1. L'usager présente-t-il de la douleur?
2. L'usager est-il confortable?
3. L'usager a-t-il besoin d'aller aux toilettes?
4. L'usager a-t-il ses objets personnels à portée de main, notamment la cloche d'appel?

Lorsque les tournées horaires sont bien intégrées dans les activités quotidiennes de soins dans l'unité, une telle surveillance clinique permet de détecter rapidement des détériorations subtiles de l'état de santé des personnes âgées, notamment chez celles qui sont à haut risque de chuter.

Les retombées de l'implantation d'une telle initiative dans une organisation sont nombreuses et assurent une baisse de taux importante des chutes de façon rapide (en moyenne de 3 à 6 mois). (Studer Group, 2010). Les tournées horaires, en ciblant toujours les mêmes éléments de surveillance, diminuent les omissions et les variations dans les activités de soins tout en misant sur la communication, la performance (l'efficience) de l'équipe de soins et l'expérience client. (Ford, 2010, Gravelin, 2010) et ce, sans ajout de personnel. Un autre indicateur de résultats réside dans le fait qu'il y a moins d'appels à l'aide des cloches d'appels à répondre par l'équipe de soins, ce qui rend le milieu de travail moins stressant (Kalisch, 2012, Meade, 2006).

Le succès et la pérennité de l'implantation des tournées horaires sont conditionnels à l'implication de tous les membres de l'équipe de soins dans ces tournées dans l'unité de soins, et ce, dès l'introduction du concept dans une organisation. Il va sans dire que la direction de l'établissement doit participer en assumant son leadership non seulement au moment du lancement d'une telle initiative dans l'organisation, mais tout au long du processus de son implantation et lors de son éventuelle révision. Une telle initiative n'implique pas nécessairement un ajout de personnel, mais il doit y avoir des efforts pour revoir l'organisation du travail dans les unités de soins concernées (Données Agrément Canda – Pratique exemplaire Hôpital d'Ottawa – section 2.6).

Malgré que l'efficacité de cette pratique soit reconnue, entre autres pour diminuer les chutes, les études sont toutefois limitées : elles incluent de faibles nombres de patients, sont de type « avant-après » et il n'y a pas d'étude coûts-bénéfices. (King's College London, 2012) La pratique des tournées intentionnelles est, de l'avis du groupe d'experts, incontournable pour diminuer le taux de chute et implanter les gestes de l'AAPA et le groupe juge important d'évaluer comment les tournées intentionnelles peuvent être implantées au Québec et à quel coût.

> ***Le groupe d'experts recommande aux établissements d'envisager fortement d'inclure la pratique des tournées intentionnelles (*hourly rounding*), comme stratégie efficace pour implanter les interventions de prévention des chutes et de l'AAPA au chevet. En fait, de l'avis du groupe d'experts, elle est l'une des pratiques les plus prometteuses pour diminuer efficacement le taux de chute et implanter les principes de l'AAPA (recommandation 4 a).***
>
> ***Le groupe d'experts recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux de procéder à un appel de soumission pour lancer trois projets pilotes en CH (dont au moins un à l'urgence) et trois en CHSLD, subventionnés par le ministère, afin***

d'étudier l'efficacité et les coûts-bénéfices associés à l'implantation de la pratique des tournées intentionnelles (recommandation 4 b).

ii) Interventions sur des facteurs de risque individuels

DÉLIRIUM

Un programme de prévention du délirium, interdisciplinaire et à composantes multiples, pourrait contribuer à diminuer le taux de chute (INESSS, 2013, Dean, 2013, Babine, 2013, AAPA, MSSS, 2011).

Pour reconnaître le delirium, qui est en général sous-diagnostiqué, l'instrument d'évaluation CAM (Confusion Assessment Method) apporte une bonne sensibilité (94 %) et une bonne spécificité (89 %) [Wei et al., *2008]. De plus, il existe une version spécialement conçue pour les aînés hébergés dans les établissements de soins de longue durée (NH-CAM) [Dosa* et al.*, 2007]. L'amélioration de la reconnaissance du delirium non diagnostiqué, à l'aide de la CAM notamment et complété par l'Échelle de statut mental modifié (3MS) [Arcand et Hébert, 1997], pourrait conduire à une réduction des chutes chez les aînés hospitalisés [Lakatos* et al.*, 2009]*[4].

En Angleterre, le projet FallSafe a exploré l'effet de la réduction des chutes sur les coûts dans les hôpitaux de santé mentale et de réadaptation. Dans ce projet, deux types d'évaluation et de soins ont été appliqués :

1. *l'évaluation et le dépistage de base du risque de chutes pour tous les patients à leur arrivée dans les départements participant à l'étude;*
2. *pour les patients présentant un risque élevé de chute, l'évaluation des facteurs de risque de delirium, suivi de l'intervention appropriée (évaluation des infections urinaires, des troubles visuels, des arythmies, de l'ostéoporose, de la dépression, de l'hypotension artérielle, révision de la médication, etc.).*

Il est résulté de ce projet une réduction des chutes de 25 % en moyenne dans les départements participants. Les auteurs ont souligné le fait que les évaluations et les interventions, appliquées pendant le projet, font partie de la routine des soins de santé, mais qu'elles ne sont pas toujours mises en pratique. Le défi est de les faire de façon sérieuse et constante [Dean, 2012][5].

Le programme HELP (Hospital Elder Life Program) est un programme multidimensionnel de prévention du delirium, qui à maintes reprises a démontré son efficacité en réduisant l'incidence de delirium d'environ 30 % et réduisant la durée de séjour à l'hôpital pour les groupes de patients à risque bénéficiant de l'intervention, comparativement aux groupes-contrôles (Sandhaus *et al.,* 2010, Inouye, 2000). Babine *et al.* (2013), dans une étude pilote prometteuse suggère que le programme HELP pourrait diminuer de 52 % le taux de chute chez la population hospitalisée enrôlée.

[4] INESSS, 2013.
[5] INESSS, 2013.

Le groupe d'experts recommande que les établissements s'assurent que :

Les équipes de soins utilisent les outils de l'AAPA afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des plans d'interventions visant la modification des facteurs de risque les plus importants, incluant le délirium (recommandation 10).

Les équipes de soins évaluent les facteurs de risque du délirium, à l'admission et de façon continue à l'aide, par exemple, des fiches aînées de l'AAPA (recommandation 11).

Les professionnels de la santé identifient le délirium. Le CAM (Confusion Assessment Method) est un exemple d'outil de dépistage validé (recommandation 12).

INCONTINENCE URINAIRE

En centre de soins de longue durée, des études ont établi que plus du quart des chutes était associé à un déplacement visant à se rendre à la salle de bain (Becker, 2010, Tzeng et Yin, 2009, Jones, 2011).

Selon Becker *et al.* (2010), la gestion de l'incontinence est sous-utilisée et sous-évaluée.

De l'avis du présent groupe d'experts, des interventions visant à augmenter l'anticipation des besoins d'aller aux toilettes et la réduction du temps de réponse aux cloches d'appel sont susceptibles de diminuer les taux de chute.

MÉDICATION

Parmi les programmes de prévention des chutes consultés, plusieurs recommandent la révision et l'ajustement de la médication des usagers comme mesure de prévention des chutes et blessures associées. Plusieurs présentent une liste de médicaments réputés pour augmenter le risque de chutes des personnes âgées, indiquant au personnel soignant de porter une attention particulière aux personnes qui en utilisent.

Haumschild *et al.* (2003) ont démontré une réduction du taux de chute de 47 % à la suite des interventions pharmaceutiques (révision et modification de la médication et éducation du patient).

La revue Cochrane (Cameron, 2012) abonde dans le même sens et conclut que la révision et l'ajustement de la médication peuvent réduire les chutes, tant à l'hôpital qu'en centres d'hébergement/soins de longue durée.

Dans une récente méta-analyse, Reid *et al.* (2014) remettent en question la supplémentation en vitamine D prise seule, puisque selon eux, cela n'a aucun impact sur la prévention de fracture. D'autres auteurs ont commenté cette étude, dont McDonald et Aspray (2014). Ceux-ci estiment qu'une supplémentation en vitamine D est bénéfique pour les usagers dont la santé osseuse est faible et qui souffrent de déficience en vitamine D. Enfin, on rappelle que la méta-analyse de Reid ne s'intéresse uniquement qu'à l'effet de la vitamine D sur la densité osseuse et non sur le rôle joué par cette vitamine sur la fonction musculaire. La vitamine D joue un rôle dans la fonction musculaire (Polly 2014 et Neelemaat, 2012) et peut améliorer la force tant des muscles lisses que des muscles squelettiques.

Le groupe d'experts recommande que les établissements s'assurent que soient effectués la revue et l'ajustement de médicaments, sur une base régulière, dans le cadre d'une collaboration médecin-pharmacien. Cette revue doit être effectuée à l'admission de l'usager, lors de changements dans sa condition et à une fréquence prédéterminée, variant selon le contexte (ex. courte ou longue durée) et prévue au programme (recommandation 13).

DÉCONDITIONNEMENT ET TROUBLE DE LA MARCHE

Selon la revue Cochrane (Cameron *et al.* 2012), les programmes d'exercices n'ont pas démontré leur efficacité en prévention des chutes en centre de soins de longue durée. Il est probable que les programmes ne sont pas effectués à une fréquence et à une intensité suffisante. On soupçonne également que ces programmes peuvent augmenter les chutes chez certains groupes et les diminuent chez d'autres de sorte qu'au final, les effets s'annulent.

Cela étant dit, Becker (2010) considère que l'exercice doit tout de même être valorisé, car il est bénéfique pour la gestion de plusieurs autres conditions de santé. Ils recommandent que cette mesure soit offerte à tous les résidents intéressés et capables de participer. La fréquence recommandée est de deux fois par semaine, ou plus. Des études indiquent que les personnes aux fonctions cognitives faiblement ou modérément altérées ne devraient pas être exclues d'emblée de ces programmes, mais l'auteur met en garde contre les groupes qui requerraient un haut degré de supervision.

Oliver *et al.* (2010) affirment qu'un programme d'exercice spécifique pourrait réduire les chutes des personnes âgées dans les hôpitaux. Selon Cameron *et al.* (2012), les programmes d'exercices et la physiothérapie additionnelle seraient efficaces pour réduire les chutes en milieux de soins subaigus. Il est cependant important de distinguer entre la marche et les exercices dédiés à la prévention des chutes. En effet, selon Sherrington (2011), la marche seule ne peut améliorer les risques de chutes reliés aux problèmes d'équilibre. Cela ne signifie pas de ne pas inciter les usagers à marcher, mais plutôt qu'il faut bien comprendre l'objectif visé. Ainsi, en milieu de soins de courte durée, le maintien de la mobilité est essentiel. Il est donc nécessaire d'utiliser toutes les occasions possibles pour encourager les usagers à marcher, avec ou sans supervision ou aide, selon leur capacité. Aussi, dans un contexte de courte durée il faut se demander si entreprendre un programme d'exercices de prévention des chutes est pertinent. Selon Vogler (2012), entreprendre un programme d'exercices lié à la prévention des chutes ne donnera pas de résultats à long terme si celui-ci n'est pas maintenu pendant au moins 25 semaines. Il faut donc prévoir en milieu de courte durée et en milieu de soins subaigus, de diriger l'usager ayant besoin d'un tel programme vers des ressources en externe, qui favoriseront le maintien des gains en équilibre et en force.

TROUBLES DE COMPORTEMENT

Morarescu (INESSS, 2013) dans sa revue de littérature sur les facteurs de risque souligne que les troubles de comportement représentent un risque élevé de chutes. Selon Ferrari *et al.* (2012), 30 % des chutes chez les aînés hospitalisés seraient reliés à l'impulsivité. Selon cet auteur, l'identification des facteurs de risque de l'impulsivité pourrait diminuer les taux de chute chez ces patients. Sylliaas *et al.* (2012) rapportent également le risque accru de chutes chez les patients présentant des troubles de comportement causés, entre autres, par la démence, la dépression sévère, les symptômes psychotiques et l'usage de sédatifs.

- **Les altercations entre usagers**

Dans l'échantillon étudié de rapports de coroner (2008 à 2010), le comité d'experts a constaté trois décès associés à des altercations entre usagers et qui ont mené à une chute fatale (annexe 3a).

De nombreux rapports dans la littérature et dans les médias soulèvent l'augmentation de l'incidence des traumas à la suite d'agressions entre usagers (résidents) (ECRI, 2013 et Skinner, 2013). Compte tenu des courbes démographiques, ce phénomène risque de s'amplifier. Nous ne sommes pas en mesure avec les données actuelles de quantifier l'ampleur des chutes associées à ce phénomène dans les établissements de santé du Québec.

Selon une étude préliminaire effectuée par un stagiaire du Conseil québécois d'agrément, l'indice de criticité (IC) mettant en lien la fréquence et la gravité sur une échelle de 1 à 25 correspond à 9,33 en ce qui concerne la violence entre usagers et se situe au 3e rang après les chutes 12,67 et les médicaments 10,11.

L'AAPA comporte une fiche clinique sur l'approche concernant les troubles de comportement.

Comme la situation est préoccupante, le groupe d'experts recommande aux établissements de s'assurer de bien répertorier les chutes liées aux agressions entre usagers et d'assurer un suivi de la tendance afin d'être en mesure d'identifier les moyens d'interventions en ce qui a trait à ce facteur de risque (recommandation 14).

c) **Équipement et autres interventions**

LES LITS

Pour la prévention des chutes, il est recommandé l'utilisation des lits ajustables en hauteur et des lits à profil bas (Barker, 2013). Les lits à demi-ridelles sont recommandés (Haines, 2011). Oliver *et al.* (2010) affirment que l'élimination à tout prix des ridelles de lit même pour les personnes très dépendantes peut être aussi dangereuse que la surutilisation ou l'utilisation non diligente. Selon eux, dans la mesure où son utilisation ne vise pas à contrôler le comportement d'un individu, la ridelle en tant que telle ne serait pas aussi dangereuse que la mauvaise combinaison « lit-ridelle-matelas-individu ».

Le groupe d'experts recommande que chaque établissement identifie le matériel et les équipements jugés non adaptés et non sécuritaires, et élabore un calendrier de remplacement qui sera transmis annuellement à la table régionale pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie (recommandation 17).

PROTECTEURS DE HANCHE

Selon une revue récente de Cochrane (Santesso, 2014), les protecteurs de hanche diminuent le risque de fractures de la hanche chez les usagers hébergés en soins de longue durée, mais peuvent augmenter le risque de fractures du bassin. Ils ne protégeraient pas les personnes âgées vivant à domicile.

Les protecteurs souples et rigides sont maintenant d'une efficacité comparable (Feldman, 2011 et Robinovitch, 2014). Il faut cependant s'assurer de choisir un modèle qui a de bonnes propriétés biomécaniques. De plus, l'un des facteurs essentiels à l'efficacité du protecteur de hanche est l'adhésion à cette pratique par l'usager et le personnel, qui tend à diminuer à long terme (Santesso, 2014).

LES ALARMES DE MOUVEMENT

Les alarmes de mouvement servent à signaler au personnel qu'une personne tente de se lever du lit ou du fauteuil sans assistance. Cette stratégie suscite de plus en plus d'études. (ACCE Healthcare Technology Foundation, 2007, Lee, 2012, Hyman, 2008, Bresseler, 2011, Niemeijer, 2010, Zwijsen, 2011, AHRQ, 2013, Vlaeyen, 2013, Sahota, 2014, UETMIS CHUQ, 2012, AGS/BGS, 2011) Les avis sont très controversés et la majorité des données ne démontrent pas d'efficacité sur une diminution du taux de chute.

On pourrait tout de même dans certaines circonstances particulières envisager l'utilisation d'une alarme de mouvements de concert avec une méthode telle que les tournées intentionnelles. Il faudrait alors :

a) déterminer un nombre maximal d'alarmes pouvant être utilisé en même temps dans une même unité, car le nombre de moniteurs influence la vitesse de réponse;

b) déterminer la raison d'utilisation: Évaluation? Surveillance?;

c) signifier clairement au personnel la réponse à donner. En effet, il faut pouvoir répondre aux besoins de l'usager et non simplement le ramener dans sa position initiale;

d) effectuer régulièrement des audits pour évaluer le temps de réponse à l'alarme et le nombre de fois où l'usager est retrouvé par terre.

Enfin, une enquête du coroner Trudeau (*La Presse*, 13 mars 2012) rappelle l'importance de l'utilisation de détecteurs de bonne qualité pourvus d'un connecteur sécurisé (c.-à-d. qui sonnera si l'appareil est débranché) ainsi que la vérification régulière des appareils. Ses recommandations indiquent que les alarmes de mouvement doivent être utilisées en complément de la surveillance humaine et non pour la remplacer.

AMÉNAGEMENT DES LIEUX

L'aménagement des lieux est une stratégie de base en prévention des chutes et des blessures liées aux chutes.

- **Les aires de déplacement doivent :**
    - être dégagées autant que possible et l'équipement devant rester dans le corridor doit être rangé d'un même côté afin de laisser libre le mur où il y a une rampe;
    - être d'une largeur suffisante pour la circulation et le pivotement des fauteuils roulants;
    - avoir des zones de repos (chaises) à intervalles réguliers.
- **La localisation des toilettes dans les chambres**

Il est recommandé que la tête de lit soit placée sur le mur où se situe la porte des toilettes. Ainsi, l'usager qui se lève pour se rendre aux toilettes peut se soutenir au mur ou aux barres d'appui fixées au mur jusqu'aux toilettes.

- **Plancher :**

Lors de rénovation ou construction, envisager la pose d'un plancher qui absorbe la force d'impact des chutes (Robinovitch, 2014).

IDENTIFICATEUR

L'utilisation d'une identification (un bracelet de couleur, des chaussettes de couleur, une affichette ou un macaron) permet d'identifier un groupe d'usagers. Pour la prévention des chutes, cette identification permet de cibler les personnes à haut risque de chute. Cette identification doit être bien expliquée à l'ensemble du personnel sans distinction, car son but est d'augmenter la vigilance de tous afin d'intervenir au bon moment (Spoelstra, 2012).

De plus, pour la clientèle hospitalisée, une telle identification assure une communication simple du risque de chute d'un usager qui peut avoir à se déplacer à différents endroits de l'hôpital pendant son séjour.

CARTE DE CHUTES

Une autre stratégie possible est d'établir une carte des chutes (NHS 2011). En identifiant les endroits, l'heure et l'activité faite par les usagers qui font une chute, il est possible d'identifier des aires, des heures ou des activités où il y a plus de chutes et ainsi cibler adéquatement l'intervention à effectuer (Williams. 2013).

3.6.9.3 INTERVENTIONS TERTIAIRES (POST-CHUTE)

Les interventions tertiaires ne sont pas préventives, elles sont curatives. Elles ont lieu a posteriori, après l'apparition de symptômes, ou encore d'un dommage à la santé, après que l'évènement redouté est survenu. Le but est de ralentir la détérioration de la santé qui est déjà commencée, d'éviter les complications, de panser et de guérir. Au besoin, elles visent à faciliter la réadaptation de l'individu dans son environnement. Les actions qui sont déclenchées uniquement à la suite d'une chute sont de niveau tertiaire. La surveillance clinique des signes neurologiques est un exemple typique de ce niveau d'interventions, tout comme les premiers soins dispensés à la victime. Bien que les interventions tertiaires aient lieu dans l'après-coup, elles ont leur place dans un programme de prévention des chutes et blessures associées même si les interventions primaires et secondaires doivent occuper une place prépondérante.

Clientèle à domicile : Il existe des grilles d'autoévaluation des circonstances des chutes pour les usagers vivant à domicile (Rubenstein, 2011). Certains programmes proposent également l'utilisation d'un calendrier (CSSS de la Vieille-Capitale, 2012) afin que l'usager documente ses chutes.

Clientèle hospitalisée ou hébergée : Il est important que chaque programme comporte une procédure post-chute. Celle-ci devrait contenir tout ce qui doit être fait et la manière de le faire immédiatement après une chute (Healey, 2011) :

- évaluation physique avant le relever du sol;
- type d'équipement et méthode de lever de l'usager en fonction des signes et symptômes qu'il présente;
- surveillance clinique selon une durée et une fréquence déterminées par les hypothèses de blessures;

- un mécanisme clair de renversement de l'anticoagulothérapie lors de la suspicion d'un impact crânien;
- un formulaire d'analyse de chute permettant d'identifier les circonstances de la chute et les moyens pour éviter sa récidive.

Concernant ce dernier point, le sondage auprès des gestionnaires de risques du RACQ suggère une variabilité dans l'utilisation des formulaires AH-223. Le groupe d'experts tient à rappeler aux établissements l'importance de bien remplir les formulaires AH-223.

Le groupe d'experts recommande que soient améliorés le Rapport des incidents/accidents (AH-223) et la capacité d'analyse des évènements et des données du registre local (recommandation 22).

De façon générale, le rôle du **médecin** dans l'évaluation du chuteur est incontournable (Swift, 2006). En post-chute, le médecin doit effectuer un examen complet afin d'une part d'évaluer la possibilité de traumatisme post-chute (signes neurologiques ou changements cognitifs suggérant un trauma crânien, signes suggérant une fracture ou un saignement interne ou externe) et d'autre part de tenter d'identifier une condition médicale qui pourrait avoir entraîné ou contribué à la chute. Les conditions médicales fréquentes pouvant entraîner une chute auxquelles le médecin devrait porter attention incluent :

- le délirium (et ses causes sous-jacentes : infection, déshydratation, débalancement électrolytique, conditions cardiaques ou pulmonaires aiguës, rétention urinaire, changement de médicament, etc.);
- l'hypotension orthostatique;
- l'hypersensibilité du sinus carotidien;
- l'accident vasculaire cérébral (AVC);
- les troubles cardiaques, incluant l'arythmie;
- les troubles visuels;
- les troubles de la démarche et de l'équilibre;
- les problèmes de pied;
- la médication, etc.

L'annexe 13 reproduit l'aide-mémoire en prévention des chutes à domicile produit par Gagnon et Lafrance (2011) et destiné aux intervenants de première ligne, car il s'avère tout aussi pertinent dans le contexte hospitalier ou d'hébergement.

L'annexe 14 présente une liste de médicaments pouvant augmenter le risque de chute.

La peur de chuter est reconnue comme un facteur augmentant le risque de chutes. Gagnon et Lafrance (2011) recommandent que les professionnels de la santé soient vigilants et identifient la peur de chuter chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Le groupe d'experts estime que cette recommandation est tout aussi valable en établissement.

L'ensemble du personnel de la santé doit informer les personnes âgées et leurs proches des conséquences néfastes de la restriction des activités associées à la peur de chuter et leur

proposer un plan d'interventions efficaces. Ils doivent diriger le chuteur vers le programme approprié, s'il y a lieu.

Le questionnaire Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale (Filiatrault *et al.*, 2007) permet d'identifier la peur de tomber. Il est également possible de reconnaître la peur de chuter en posant simplement deux questions (Legters, 2002) :

- Avez-vous peur de tomber?
- Avez-vous réduit vos activités par peur de tomber?

Il existe des interventions efficaces, mais la plus importante pour diminuer ou résoudre cette peur est de redonner à l'usager la confiance dans sa mobilité.

3.6.10 LA DOCUMENTATION DU PLAN D'INTERVENTIONS

Les modalités de tenue de dossier sont clairement établies par les ordres professionnels. Le risque de chute doit être documenté à l'admission selon le champ de pratique du professionnel concerné. Les interventions et leurs résultats sont documentés par les professionnels tout au long du séjour/épisode de service auprès de l'usager.

Dans la majorité des programmes consultés au Québec, les interventions en regard de la prévention des chutes sont documentées au plan thérapeutique infirmier (PTI). Cependant, la prévention des chutes étant une pratique collaborative interprofessionnelle, il est essentiel que les décisions prises par l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire soient facilement accessibles à tous les membres. Certains établissements choisissent de documenter le risque de chutes et les interventions liées à leur prévention au plan d'interventions interdisciplinaire individualisé (PIII). D'autres établissements ont développé un formulaire spécial pour la prévention des chutes.

Certains établissements ont développé un outil qui permet de cocher, parmi les interventions classées par facteur de risque, celles qui s'appliquent à l'usager. Un tel outil peut s'avérer utile dans la phase I (phase de création) d'un nouveau programme. En effet, à ce stade, les intervenants peuvent bénéficier de suggestions concrètes d'interventions à appliquer. Par contre, de l'avis du groupe d'experts, il faut prendre garde qu'un tel outil puisse devenir un facteur limitant la réflexion, le jugement critique et la recherche de solution créative, adaptée à la particularité de l'individu. De tels outils ne peuvent jamais représenter une liste exhaustive de l'ensemble des interventions possibles et souhaitables pour une situation donnée.

3.6.11 LA COMMUNICATION

Il est essentiel d'avoir un processus de communication clairement établi en regard de la prévention des chutes. L'ensemble du personnel, les usagers et les proches doivent y contribuer.

En ce qui a trait au personnel de l'équipe clinique, il est essentiel d'identifier des mécanismes de communication dans une même unité et par quart de travail, ainsi qu'un mode de communication du risque de chute d'un usager hospitalisé entre les services tels unité de chirurgie, unité de médecine, radiologie.

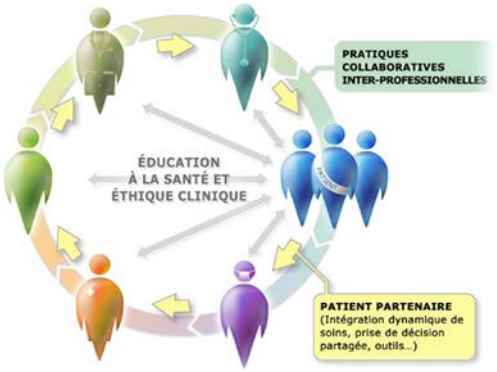
PARTENARIAT AVEC L'USAGER (PATIENT)

Il est essentiel que les usagers participent au processus d'évaluation et d'élaboration du plan d'interventions individualisé. Carroll *et al.* (2010) ont interrogé des usagers à la suite d'une chute à l'hôpital et identifié deux raisons principales pour expliquer ces chutes, soit le besoin

impérieux d'aller aux toilettes associé à des troubles d'équilibre et à de la faiblesse subite. Dans cette étude, les usagers pouvaient expliquer les raisons qui les amenaient à se lever malgré le risque de chuter, apportant ainsi plusieurs pistes de solution pour la prévention des chutes.

L'approche patient-partenaire conçue par le RUIS Montréal apparaît comme un modèle de partenariat facilitant l'élaboration d'un programme vraiment adapté aux patients concernés (tableau 4).

Tableau 4. De l'approche centrée sur le patient vers l'approche patient-partenaire[6]



ÉDUCATION DES USAGERS ET DE LEURS PROCHES (PATIENTS)

L'information et l'éducation peuvent contribuer à la modification des comportements à risque, d'où l'importance d'inclure un volet d'éducation aux patients dans tout programme de prévention. L'usager apte est libre de ses choix. Pour l'usager inapte, il est essentiel que les proches participent afin d'adapter les interventions, mais le programme doit être conçu de telle sorte qu'il y ait un équilibre entre les méfaits à la suite d'une éventuelle chute et les risques de limiter la mobilité. Autrement dit, entre la sécurité du patient et le maintien de son autonomie et de sa qualité de vie.

Oliver *et al.* (2010) citent des études qui ont montré que l'éducation des personnes âgées pouvait réduire la survenue de chutes, même chez celles qui ont des pertes cognitives.

Les auteurs ont également déterminé que le média utilisé et le suivi par des professionnels ont un impact déterminant sur l'efficacité de l'éducation aux patients. La seule distribution de matériel écrit (ex. dépliants et affiches) n'aurait pas l'impact espéré et le matériel vidéo serait préféré au matériel écrit. Le message doit s'adapter pour convenir à toutes les clientèles desservies. La tenue de séances de sensibilisation en groupe est un mode d'information bien reçu par les personnes âgées. Les employés doivent être stimulés régulièrement pour organiser de telles séances avec les usagers. Le suivi continu par des professionnels serait une condition sine qua non aux changements d'attitudes et de comportements. Toujours à la suite de la recension des écrits d'Oliver, on apprend que les personnes âgées préfèrent les messages

[6] Dumez, Vincent et Sylvie Lafrenière (2012). *Le virage patient partenaire un dialogue pour faire équipe,* Congrès de l'OIIQ, oct. 2012.

positifs, faisant valoir les avantages des mesures de prévention des chutes, que les messages mettant l'accent sur les aspects négatifs, tels que les risques.

Lors de la communication du risque de chute à l'usager, il est important de ne pas simplement parler du risque. En effet, en ne communiquant pas les interventions pouvant aider, l'usager pourrait tout simplement décider de diminuer ses activités pour réduire son risque de chute. Il faut également discuter des changements que l'usager peut opérer et obtenir son approbation par rapport aux stratégies proposées.

Le comité recommande une participation de l'usager (patient) à tous les paliers du programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie (recommandation 19).

Par ailleurs, le groupe d'experts tient à souligner qu'un usager habilité à l'approche patient-partenaire aura plus d'impact.

3.6.12 L'IMPLANTATION

Un programme ne peut être efficace seul. Il existe des composantes essentielles pour qu'un programme puisse s'intégrer aisément dans la routine des intervenants. Un programme doit donc contenir les composantes de son implantation :

Le groupe d'experts recommande que chaque établissement mette en place un comité de prévention des chutes et de la perte d'autonomie et nomme un responsable de programme et plusieurs champions et porteurs de programmes interdisciplinaires (recommandation 5).

LES STRATÉGIES DE DÉPLOIEMENT DU PROGRAMME

Selon Fixsen (2005), les stratégies suivantes ne fonctionnent pas :

- disséminer seulement l'information;
- faire uniquement de la formation;
- élaborer et diffuser une politique/règlement sans rien d'autre;
- implanter sans changer les rôles;
- implanter sans une équipe d'implantation.

Il peut s'avérer intéressant de mettre sur pied un projet pilote afin de valider l'efficacité des stratégies sur le terrain, de mieux connaître l'écart entre les pratiques courantes actuelles et celles à implanter et d'identifier les barrières et facilitateurs. Cela permet de raffiner les pratiques avant de les généraliser et d'identifier les conditions gagnantes.

Il faut sensibiliser les équipes à la problématique et les éveiller à la solution :

- créer l'élan, un effet d'entraînement;
- s'attaquer à la fatalité (croyance qu'on ne peut rien faire);
- s'attaquer au manque de volonté (choix de se contenter, de ne pas faire plus ou mieux);

- créer de la dissonance cognitive (ex. se comparer à des organisations plus performantes);
- identifier les zones de performance (Appreciative Inquiry);
- montrer l'ampleur du problème (ex. coûts);
- mettre à profit les partenaires en gestion du changement : DO, RH et Communications;
- plusieurs stratégies doivent coexister afin d'optimiser l'intégration du programme. On pense à un programme de formation accompagné de coaching, d'audits et de rétroaction, de rappels (affiche ou mémo) etc.

LES MÉCANISMES DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES

Selon Becker *et al.* (2010), une meilleure prévention des chutes passe par une meilleure sensibilisation du personnel et une amélioration de leurs connaissances, ainsi que par un changement d'attitude et leur empowerment. L'engagement du personnel et de l'organisation est une condition essentielle pour espérer des retombées positives.

Il faut identifier les personnes à former, déterminer le contenu et la durée de la formation selon le public ciblé et mettre en place des mécanismes de formation continue et de formation pour les nouveaux employés.

À l'étape de l'introduction d'un programme nouvellement créé, il est important de faire connaître le programme. Il faudra cependant aussi prévoir les moyens pour passer de cette stratégie plus marketing de masse vers une approche de développement de la compétence individuelle, c'est-à-dire viser la modification progressive des schémas cognitifs qui conditionnent les comportements, le développement de l'acuité, la sensibilité, la spontanéité, les réflexes… plutôt que le sens de l'obéissance aux ordres préalablement formulés.

LES MÉTHODES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SUIVI

Toute activité de formation ne s'avère malheureusement pas efficace (Cameron, 2012).

Selon Joyce et Showers (2002), l'intégration des connaissances et habiletés est influencée par les éléments suivants :

Composantes de la formation	Connaissances	Habiletés
Théorie et discussion	10 %	5 %
+ Démonstrations	30 %	20 %
+ Pratique et rétroaction	60 %	60 %
+ Coaching (supervision)	95 %	95 %

Il faut donc prévoir une large place (et les ressources nécessaires) aux méthodes d'accompagnement :

- activités de groupes;
- suivis individuels dans les unités;
- identification de leaders afin de favoriser l'adhésion des pairs
- mise en place de coaching entre pairs : temps dédié!

3.6.13 L'ÉVALUATION DU PROGRAMME

Cette section cerne la manière d'évaluer si le programme est intégré et s'il donne des résultats.

i) Indicateurs de qualité

L'ICSP propose six indicateurs :

1. taux de chute par 1 000 jours-présence usager (indicateur de résultats);
2. pourcentage de chutes causant une blessure (indicateur de résultats);
3. pourcentage d'usagers pour lesquels une évaluation des risques de chutes a été complétée à l'admission (indicateur de processus);
4. pourcentage d'usagers pour lesquels une évaluation des risques de chutes a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de l'état de santé (indicateur de processus);
5. pourcentage d'usagers « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes/réduction des blessures (indicateur de processus);
6. utilisation de contentions (indicateur d'équilibre).

L'ICSP recommande également d'utiliser comme cible à atteindre un pourcentage de réduction du taux de chute et non l'atteinte d'un taux en particulier. Il ne s'agit pas de surveiller les indicateurs et de ne réagir qu'en cas de dérapage. Il faut viser une amélioration progressive et continue.

Le groupe d'experts recommande :

Pour faciliter la communication entre les intervenants de différents milieux et la comparaison, le présent groupe suggère que le MSSS, les ASSS, les CSSS et autres établissements de santé adoptent des définitions communes pour les termes chutes, chutes avec blessures, chuteurs à répétition et quasi-chutes et que soient adoptés des indicateurs communs tels le taux de chute par 1 000 jours-présence usager, la proportion de chutes avec blessures, le taux d'utilisation des contentions, etc.

Ainsi, le présent groupe d'experts recommande l'utilisation et la diffusion de l'ensemble des indicateurs mentionnés précédemment (6) pour tous les établissements à la phase de création du programme. **Tous les milieux qui disposent d'un taux de chute par 1 000 jours-présence usager devraient identifier une cible de réduction. Ceux qui n'en ont pas devraient le faire la deuxième année.** Les indicateurs de résultats devront être suivis à toutes les phases du programme, de même que le taux de contentions. Les indicateurs de processus pourront être modifiés lors de phases subséquentes afin de refléter l'avancement de la démarche et les priorités institutionnelles en fonction des résultats obtenus dans les différents secteurs.

Le lecteur est prié de consulter l'annexe 12 pour une présentation plus approfondie des indicateurs.

ii) Audits

Selon Wiktionnaire, consulté le 30 avril 2014, l'audit consiste en un processus systématique, indépendant et documenté permettant de recueillir des informations objectives pour

déterminer dans quelle mesure les éléments du système cible satisfont aux exigences des référentiels du domaine concerné[7].

Ils se déroulent principalement soit par observation des comportements des divers intervenants, soit par lecture de dossier. L'effort de suivi et d'évaluation ne doit pas être plus exigeant que les efforts d'habilitation des individus et des équipes. (Les audits permettent d'évaluer l'implantation des différentes composantes du programme.)

Les audits les plus faciles à réaliser sont les revues de dossier. Elles ont toutefois des limitations importantes. Elles permettent surtout de vérifier le degré de conformité à la documentation des processus. Il est bien important de comprendre que cette documentation ne se traduit pas nécessairement en action concrète au chevet de l'usager. Les audits de type observation apportent plus d'information quant à la véritable implantation des interventions même s'ils sont peut-être plus difficiles à réaliser et requièrent plus de ressources, d'où l'importance de déterminer un échantillonnage représentatif.

Voici quelques exemples d'audits qui peuvent être réalisés dans la phase 1, plus particulièrement :

Audits de dossier :

- taux de dépistage des usagers à risque à l'admission;
- pourcentage des facteurs de risque bien identifiés;
- documentation des interventions en fonction des facteurs de risque modifiables;
- revue de l'utilisation de certains médicaments ciblés;
- pourcentage d'usagers à risque dirigés vers le CSSS au congé;
- pourcentage de dossier documentant l'histoire de chutes;
- revue de la qualité des données incluses dans le formulaire AH-223;
- taux de dépistage des usagers à risque à l'admission;
- pourcentage des facteurs de risque bien identifiés.

Observation :

- évaluations ponctuelles de l'environnement immédiat de l'usager;
- pourcentage d'usagers levés aux repas;
- taux d'utilisation des contentions et des ridelles de lit;
- nombre d'appels par cloche et temps d'attente moyen.

Il est important de se rappeler qu'un audit est plus qu'un outil de vérification de processus ou d'indicateurs de qualité, il est également un outil d'apprentissage. C'est pourquoi il est important d'être transparent auprès du personnel tant dans la manière de faire l'audit et d'évaluer les paramètres que dans les résultats.

[7] http://fr.wiktionary.org/wiki/audit.

iii) Analyse rétrospective

L'analyse rétrospective permet de décider du cheminement d'un usager en cours d'hospitalisation ou d'hébergement avant, pendant et après une chute.

Il faut alors identifier :

- le nombre d'évènements analysé en lien avec le programme;
- le type d'évènement pour lequel il y a une analyse (post-fracture ou décès à la suite d'une chute);
- le contenu de la collecte de données;
- les personnes qui font l'analyse.

Huddleston (2014) propose une méthode à deux paliers : une première analyse par un comité local et une seconde par un comité central. Cette manière de faire comporte l'avantage de sensibiliser et responsabiliser l'équipe locale (équipe interdisciplinaire d'une unité). L'analyse de l'équipe centrale (comité de prévention des chutes de l'établissement) apporte un autre angle et permet de dégager les recommandations de nature systémique.

Le groupe d'experts recommande que les établissements s'assurent que soient mis en place des mécanismes pour favoriser et encadrer l'analyse de dossiers associés aux chutes tels que :

a) Une revue de dossiers liés aux chutes avec conséquences graves par le comité d'évaluation de l'acte médical ou le comité responsable de l'analyse des dossiers « mortalité-morbidité », de préférence avec l'équipe interdisciplinaire, à partir d'une grille d'évaluation.

b) Une revue de dossiers liés aux chutes avec conséquences graves par le comité de prévention des chutes et un suivi de l'évolution post-fracture, pour une période d'au moins 3 mois et le partage de ces données avec les tables régionales de prévention des chutes, afin d'en dégager d'éventuelles tendances et permettre l'élaboration de recommandations à caractère systémique (recommandation 15).

À cette fin, le groupe d'experts propose aux établissements d'adapter la grille d'analyse de cas de décès de l'annexe 8 en fonction de leurs besoins d'analyse spécifiques.

Le groupe d'experts recommande une évaluation en deux étapes. L'ensemble des décès dans un établissement est évalué par le comité d'évaluation de l'acte médical ou un sous-comité départemental. Le comité suggère que lorsqu'une chute est associée à une conséquence grave ou à un décès, l'équipe interdisciplinaire de l'unité soit invitée à participer à cette évaluation. Par ailleurs, comme l'analyse de l'équipe centrale apporte souvent un autre angle et permet de dégager les recommandations de nature systémique, le comité devrait faire suivre tous les dossiers d'usagers ayant chuté au comité de prévention des chutes et de la perte d'autonomie de l'établissement, que les décès soient immédiats ou tardifs, liés directement ou indirectement à une chute pour une deuxième analyse.

3.7 PHASE II DÉVELOPPEMENT : PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES IMPLANTÉ

Tel que mentionné précédemment, dans la phase « développement », après que le programme a subi une première vague d'implantation « en masse » et accumulé un ensemble de données à partir des indicateurs et audits choisis, les établissements sont alors en mesure d'analyser les résultats, de faire des constats et, au besoin, de redéfinir la problématique. Cette étape permet de circonscrire et de faire connaître les zones/aspects critiques à prioriser (ex. les « trouvés par terre », les heures et lieux propices aux chutes, les groupes et clientèles à risques, etc.) et de prioriser les interventions les plus en mesure d'améliorer la situation selon les secteurs, les situations et les moments jugés plus problématiques. À cette étape, il s'agit de modeler et personnaliser les principes, les indicateurs et les cibles afin qu'ils reflètent davantage la spécificité des différents secteurs. L'appropriation des résultats permet une adaptation conséquente. Adopter certaines bonnes pratiques telles que les « tournées intentionnelles » (section 3.6.9.2.i) devient alors évident. L'efficacité du programme est particulièrement démontrée lors de cette phase.

Les priorités d'intervention et de formation pour la prochaine année sont définies. Il s'agit de formuler des obligations de moyens et d'effort : temps de formation, nombre de personnes formées, contenus de formation à transmettre, développement d'une offre stable de formations pertinentes, communications internes, etc. Une actualisation de la campagne de sensibilisation peut être judicieuse (changer les affiches, par exemple).

En phase de développement, les unités de vie/soins sont souvent des endroits où les intervenants sont capables d'adaptation créative pour pallier les faiblesses identifiées. L'implication des membres fait en sorte qu'ils se sentent engagés, qu'ils s'investissent dans le processus, aidant ainsi le mouvement du changement. Ce dernier, dans la phase de décristallisation, se veut aussi plus spécifique. La continuité dans l'information, la formation et la supervision est indispensable à ce niveau. L'implantation quant à elle est maintenant une logique fonctionnelle du processus.

Le comité d'experts suggère de prévoir dans son programme une révision annuelle de la problématique qui permettra aux établissements de suivre les fluctuations et tendances de la performance en prévention des chutes. Il est bon de revoir les audits et de choisir ceux qui sont les plus à même de favoriser une amélioration continue et d'amener l'établissement à un autre niveau, c'est-à-dire à réduire encore le taux de chute.

Au fur et à mesure que le programme progresse, il peut être approprié, voire judicieux, de faire appel à une plus grande proportion d'audits de type observation (par exemple, le temps de réponse à une cloche, les évaluations ponctuelles de l'environnement immédiat de l'usager). Ce type d'audits en combinaison avec l'accompagnement au chevet favorise le développement du jugement et de la compétence.

À l'évidence, le suivi simultané de l'évolution du taux de contention est essentiel, puisqu'il n'est pas souhaité que la réduction du taux de chute se fasse aux dépens de l'augmentation du taux de contentions.

Dans cette phase, il est également pertinent d'évaluer les interventions qui favorisent le continuum de soins, c'est-à-dire les mesures en place pour diriger les usagers chuteurs ou jugés à risque de chutes vers les programmes de la communauté. Il va sans dire qu'il faut pour cela s'assurer que ces programmes soient connus des intervenants du milieu hospitalier.

3.8 PHASE III RÉAJUSTEMENT : PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES ÉTABLI

Dans la troisième phase, les établissements sont en mesure de déterminer quelles sont les parties du programme qui donnent des résultats positifs et celles qui ont des résultats plus équivoques. Si une attention particulière aux composantes plus faibles du programme n'est pas posée, il est probable que l'établissement risque de voir plafonner ses taux de chute et n'atteigne plus ses cibles de réduction. Il peut alors être tentant de penser que les limites du programme sont atteintes et qu'une diminution subséquente des taux de chute est impossible, en raison, par exemple des caractéristiques de la clientèle. Le comité d'experts, au contraire, recommande, à cette étape, que les milieux procèdent à une analyse en profondeur des pratiques**,** sur la base de données probantes :

- éliminer les pratiques en usage qui sont maintenues par habitude et attachement, alors qu'elles ont perdu leur pertinence avec l'évolution de l'organisation et du savoir;
- réviser les pratiques qui sont pertinentes, mais qui méritent des modifications, des corrections ou des aménagements, pour que ces pratiques gagnent en pertinence, efficacité, efficience, crédibilité et légitimité;
- introduire de nouvelles pratiques, qui complètent judicieusement les pratiques en place dans l'organisation;
- privilégier le soutien et l'accompagnement des équipes pour favoriser le développement de la compétence et du jugement de même qu'une application plus constante ou rigoureuse des procédures.

L'évaluation du degré d'implantation des composantes de l'AAPA est particulièrement pertinente en milieu hospitalier. L'implantation des composantes dépasse-t-elle le degré de conformité à l'utilisation des outils?

Si la conception du programme est relativement récente, que les concepteurs ont effectué un suivi de l'évolution des pratiques dans les écrits, il est probable que le problème se situe au niveau des phases de l'implantation. Le groupe d'experts recommande de réévaluer les barrières et facilitateurs de l'implantation en place dans l'établissement (annexe 10, Cadre de référence pour une stratégie efficace d'implantation).

3.9 PHASE IV MATURITÉ : PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES

À ce stade, un plafonnement des résultats est souvent constaté. Il faudra alors distinguer les raisons de ce plafonnement.

Si le programme offre de belles performances, la prévention des chutes est désormais devenue partie intégrante de la « culture organisationnelle » et tous les acteurs voient les occasions de prévention et refusent de banaliser la prévention des chutes. La prévention des chutes est devenue « une seconde nature ».

Avant d'en arriver à la conclusion que le programme est performant, mais qu'il a atteint ses limites, le comité d'experts suggère toutefois d'envisager deux autres possibilités :

1. Le programme est périmé, il ne répond plus à la problématique initiale. Par exemple, toutes les cibles visées ont été atteintes ou les stratégies choisies n'étaient pas efficaces ou sont devenues obsolètes. Dans ce cas, les intervenants doivent procéder au renouvellement du programme. Pour ce faire, ils doivent refaire le diagnostic de la situation afin d'identifier la problématique.

2. Le programme offre de belles performances et répond toujours à la problématique, mais certaines pratiques organisationnelles sont difficiles à changer et font en sorte que l'on observe un plafonnement des résultats. À l'annexe 15, pour corriger cette situation, le groupe d'experts suggère une liste de questions pour mieux identifier les pratiques organisationnelles limitant le changement.

À cette étape en particulier, les établissements sont invités à comparer leurs pratiques et leurs résultats avec d'autres centres s'ils souhaitent aller plus loin. Selon Hurteau (2004), l'analyse comparative est une démarche exploratoire qui vise à identifier des pratiques concrètes, tenues dans des tiers milieux, en vue de leur possible importation dans l'organisation. Il y a plusieurs façons de connaître les pratiques en place ailleurs. Par exemple, on peut obtenir des outils partagés dans les communautés de pratique ou solliciter des organisations partenaires, on peut lire des manuels élaborés par des praticiens ou des documents d'affaires, on peut aussi faire des sondages et des entrevues. Selon les besoins, le contexte et les intentions, la recension pourra être plus ou moins formelle et exhaustive. Toujours selon Hurteau, l'analyse comparative ne doit pas être confondue avec mimétisme. La décision d'importer des pratiques doit être subordonnée à l'analyse critique de cesdites pratiques.

Une évaluation (audit) extérieure peut s'avérer également très pertinente afin d'identifier des pistes d'amélioration qui auraient échappé aux intervenants du milieu. Cette évaluation pourrait être effectuée par les personnes ressources du centre d'expertise et d'accompagnement aux tables régionales et aux établissements (section 4).

4. DÉVELOPPEMENT D'UNE STRUCTURE PERMANENTE

Nul doute que les chutes et les blessures reliées aux chutes constituent des problèmes fréquents et sérieux touchant non seulement les personnes âgées vivant à domicile, mais aussi les personnes âgées hospitalisées ou hébergées dans les établissements du réseau de la santé de courte et de longue durée. Il en va de même du délirium, qui touche plus particulièrement les personnes âgées hospitalisées, mais qui entraîne des conséquences bien au-delà de l'hôpital. Nous avons fait la démonstration que les chutes tout comme le délirium sont des causes majeures de déclin fonctionnel chez les personnes âgées qui peuvent être prévenues. Les chutes, le délirium et le déclin fonctionnel représentent déjà un problème entier de santé publique, or, compte tenu de la démographie, ce problème risque de croître de façon exponentielle à moins que des moyens efficaces ne soient mis en place de façon permanente pour les prévenir. Il est important de s'assurer que tout ce qui peut être fait pour prévenir les chutes et leurs conséquences soit mis en place, dans la mesure de nos moyens.

Nous avons présenté en introduction, un ensemble d'initiatives provinciales visant la prévention des chutes, incluant les composantes du continuum de services en communauté, soit la pratique clinique préventive (PCP) faisant la promotion des bonnes pratiques auprès des professionnelles de première ligne; l'intervention multifactorielle non personnalisée basée sur le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) s'adressant à des personnes âgées présentant des problèmes d'équilibre ou se percevant à risque de chutes; et finalement l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) s'adressant à des personnes âgées en perte d'autonomie inscrites au soutien à domicile, qui présentent une histoire de chute et un risque élevé de tomber de nouveau en raison de leur état de santé. Nous avons évoqué à cet égard le fait que le guide sur les pratiques cliniques préventives n'a toujours pas fait l'objet de publication et de distribution à grande échelle. De même, nous avons mentionné la variabilité dans l'offre des programmes PIED et la disparité dans l'offre de services du volet IMP. Ainsi les programmes tels que MARCHE et équiLIBRE sont offerts seulement dans certaines régions, et les chuteurs confinés à domicile, nécessitant une évaluation et un plan personnalisé sont souvent en présence de listes d'attente.

Nous avons également évoqué à maintes reprises l'« Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier », et comment une implantation optimale de ces principes, en milieu hospitalier, mais également en milieu d'hébergement, en centres de réadaptation et à domicile aurait le potentiel de diminuer considérablement les taux de chute. En effet, alors qu'au départ les activités d'implantation s'intéressaient surtout à la prévention en milieu hospitalier, depuis on voit une emphase plus importante d'activités s'inscrivant dans le continuum de soins par exemple, le repérage à l'urgence des clientèles vulnérables et l'évaluation et le suivi de ces clientèles par les intervenants des CLSC. De plus en plus de gestionnaires de CSSS envoient des représentants dans les sessions de formation des champions à l'AAPA, jugeant que les principes enseignés peuvent être adaptés en CHSLD. Plusieurs personnes en milieu d'hébergement veulent maintenir leur autonomie et cela doit être encouragé.

De l'avis du groupe d'experts, les deux programmes sont complémentaires. D'une part, le modèle du continuum avec les trois types d'interventions décrites précédemment s'apparente à l'approche pyramidale décrite dans l'AAPA, soit les interventions de base faites par l'ensemble des intervenants, à l'ensemble des clientèles à risque, puis les interventions secondaires s'adressant aux clientèles à plus haut risque faites par les intervenants de l'équipe interdisciplinaire et finalement les interventions plus spécialisées, ciblées et individualisées pour

les clientèles plus vulnérables, présentant des besoins complexes. D'autre part, il y a également un lien très étroit entre délirium, déclin fonctionnel et chutes, chacun pouvant représenter la cause ou l'effet de l'autre. De la même manière, le « syndrome post-hospitalisation » est également le résultat d'un ensemble de mécanismes dont le déconditionnement, la dénutrition, le stress, etc. Les écrits scientifiques démontrent un risque accru de réhospitalisation dans les 30 jours pour des causes autres, dont les chutes (Krumholz, 2013). Finalement, les interventions visant la prévention des chutes, du délirium et du déclin fonctionnel se recoupent, font appel à l'interdisciplinarité, sont multiples et complexes et nécessitent un changement de culture dans l'approche aux soins. L'AAPA aborde plusieurs facteurs de risque de chutes modifiables et s'appuie sur des données probantes.

Nos analyses démontrent les variabilités locale et régionale dans l'implantation des programmes de prévention des chutes, ainsi que le manque de coordination des programmes dans le continuum et les difficultés d'accès pour certaines clientèles. Même si une majorité d'établissements a des programmes de prévention des chutes, leur qualité est variable. Certains ne s'appuient pas sur des données probantes. D'autres établissements ont élaboré de bons programmes, mais le degré d'implantation de leurs composantes dans les unités de soins est insuffisant, soit par manque de ressources ou du fait que les stratégies d'implantation utilisées sont inefficaces. Rares sont les établissements qui se sont fixé des cibles de réduction et qui font la réévaluation de leurs programmes en fonction de ces résultats et il n'existe à l'heure actuelle aucun mécanisme régional ou provincial de reddition de comptes. Les visites d'Agrément Canada telles qu'effectuées actuellement sont d'utilité limitée pour juger la qualité des composantes du programme et son degré d'implantation.

Par ailleurs, les moyens dédiés aux changements organisationnels (et dans la pratique des soins requis) pour assurer une implantation efficace de l'AAPA et des résultats significatifs varient d'un hôpital à un autre. L'implantation de l'AAPA est une priorité pour le MSSS dans les CH. Cependant, les progrès sont lents compte tenu de l'urgence de la situation et de certains groupes clés, les médecins notamment sont très peu impliqués. Ces difficultés contrastent avec les succès observés à la suite des efforts de prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé au Québec (50 % de réduction du *C. difficile* de 2004 à 2009) (MSSS, 2013, *Prévention et contrôle des infections nosocomiales, Plan d'action 2010-2015*).

Le groupe d'experts recommande de coupler les efforts d'implantation de l'AAPA dans un continuum de soins et ceux de la prévention des chutes. Le groupe recommande d'investir les ressources nécessaires pour une prévention efficace des chutes, du délirium et du déclin fonctionnel dans les CH et les milieux d'hébergement (à l'instar de l'approche dans la prévention des infections nosocomiales) et dans tout le continuum de soins. Le groupe recommande d'augmenter le degré d'imputabilité de l'ensemble des gestionnaires et intervenants de la santé impliqués à tous les niveaux en ce qui a trait aux taux de chute, de délirium et de déclin fonctionnel par des incitatifs à la performance et des mécanismes plus serrés de reddition de comptes autant pour l'implantation du continuum de prévention des chutes que de l'implantation de l'AAPA dans les hôpitaux (et éventuellement une version adaptée aux RI et CHSLD) et les prises en charge de clientèles vulnérables identifiés par les mécanismes de repérage.

Compte tenu de l'énorme défi que représente le vieillissement de la population et afin d'assurer la mise en œuvre efficace des stratégies déjà en place et l'évaluation continue des efforts des divers niveaux de soins et services, le groupe d'experts recommande de créer une structure permanente, identifiée comme le Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins (PPPCPA) (recommandation 1).

Le continuum de services pour la prévention des chutes incluant les 3 volets, soit le volet médical (pratiques cliniques préventives), le volet soutien à domicile (intervention multifactorielle personnalisée) et le volet communautaire (Programme intégré d'équilibre dynamique), est une stratégie qui s'appuie sur des données probantes. Il est primordial d'en assurer les conditions gagnantes pour une pleine implantation, le plus rapidement et efficacement possible.

La prévention des chutes en établissement ne peut être prise isolément. Elle s'inscrit dans un continuum. La prévention en communauté permet de réduire les risques lorsque les individus sont admis à l'hôpital. Par ailleurs, les individus identifiés à risque ou ayant chuté lors d'une hospitalisation doivent être pris en charge pour la poursuite des interventions en communauté ou en milieu d'hébergement.

L'implantation de l'AAPA s'inscrit bien dans un programme provincial de prévention des chutes. Le délirium, la démence, l'incontinence et la médication représentent les facteurs de risque les plus importants associés aux chutes des patients âgés dans les établissements de santé. L'AAPA aborde ces facteurs de risque de chutes et d'autres et est basée sur des données probantes. Le repérage parmi les personnes de 75 ans par un outil reconnu tel PRISMA ou ISAR représente un autre exemple concret de la convergence de l'AAPA et du continuum de la prévention des chutes. Maintenant que le MSSS a rendu obligatoire le repérage dans le cadre de ses ententes de gestion avec les hôpitaux de soins de courte durée, il doit entreprendre une évaluation plus approfondie des clientèles dépistées et identifiées comme étant à risque. Cette évaluation devrait inclure la vérification de l'histoire de chutes dans les derniers mois et, le cas échéant, l'application des recommandations d'un éventuel guide de pratiques des cliniques préventives et une référence vers les programmes appropriés de prévention des chutes du continuum.

Le groupe d'experts s'inspire donc de quatre 5 modèles de programmes provinciaux (le BC Injury Research and Prevention Unit, le partenariat des réseaux locaux d'intégration des services de l'Ontario, le Programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales au Québec, le Centre d'expertise clinique en radioprotection) pour suggérer l'organisation de la prévention des chutes et d'implantation des approches adaptées à la personne âgée dans le continuum de soins selon une structure provinciale permanente. Ces modèles sont décrits à l'annexe 11.

4.1. STRUCTURE PROVINCIALE PERMANENTE : LE PROGRAMME PROVINCIAL DE PRÉVENTION DES CHUTES ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE DANS LE CONTINUUM DE SOINS (PPPCPA)

Les objectifs du programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins seraient les suivants :

1. améliorer l'efficacité du système de santé dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire des chutes, du délirium et du déclin fonctionnel, à domicile et en établissement;
2. réduire les chutes dans la communauté et dans les établissements de santé du Québec;

3. réduire le taux de délirium lors d'une hospitalisation;
4. réduire le déclin fonctionnel à la suite d'une hospitalisation;
5. prévenir la perte d'autonomie;
6. retarder le recours à l'hébergement et favoriser le maintien à domicile des clientèles en perte d'autonomie;
7. améliorer la qualité de vie des personnes âgées vulnérables et des proches aidants.

La structure permanente provinciale proposée aurait pour but ultime de superviser l'implantation du continuum de prévention des chutes telle que déjà amorcée, en y ajoutant une composante, soit les programmes de prévention dans les établissements ainsi que l'implantation de l'AAPA dans les hôpitaux et la façon de l'adapter dans d'autres milieux du continuum, tels les ressources intermédiaires, les centres hospitaliers de soins de longue durée et les programmes de soins et services à domicile.

L'objectif spécifique de la structure permanente provinciale de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins serait la mise en place de stratégies efficaces visant le maintien de l'autonomie des clientèles âgées. Pour atteindre cet objectif, elle aurait pour rôles :

1. conseiller le MSSS sur les stratégies à haut potentiel pour la prévention des chutes, du délirium et du déclin fonctionnel ainsi que sur les mesures favorisant l'implantation des approches adaptées à la personne âgée dans le continuum de soins;
2. surveiller la mise en place des mesures pour la prévention des chutes et les résultats obtenus après la compilation d'indicateurs uniformes pour tous les établissements;
3. favoriser la coordination des diverses initiatives déjà amorcées, le développement continu et la réévaluation périodique des pratiques pour maintenir et renforcer celles-ci;
4. faire la promotion d'approches amies des aînés, axées sur le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie.

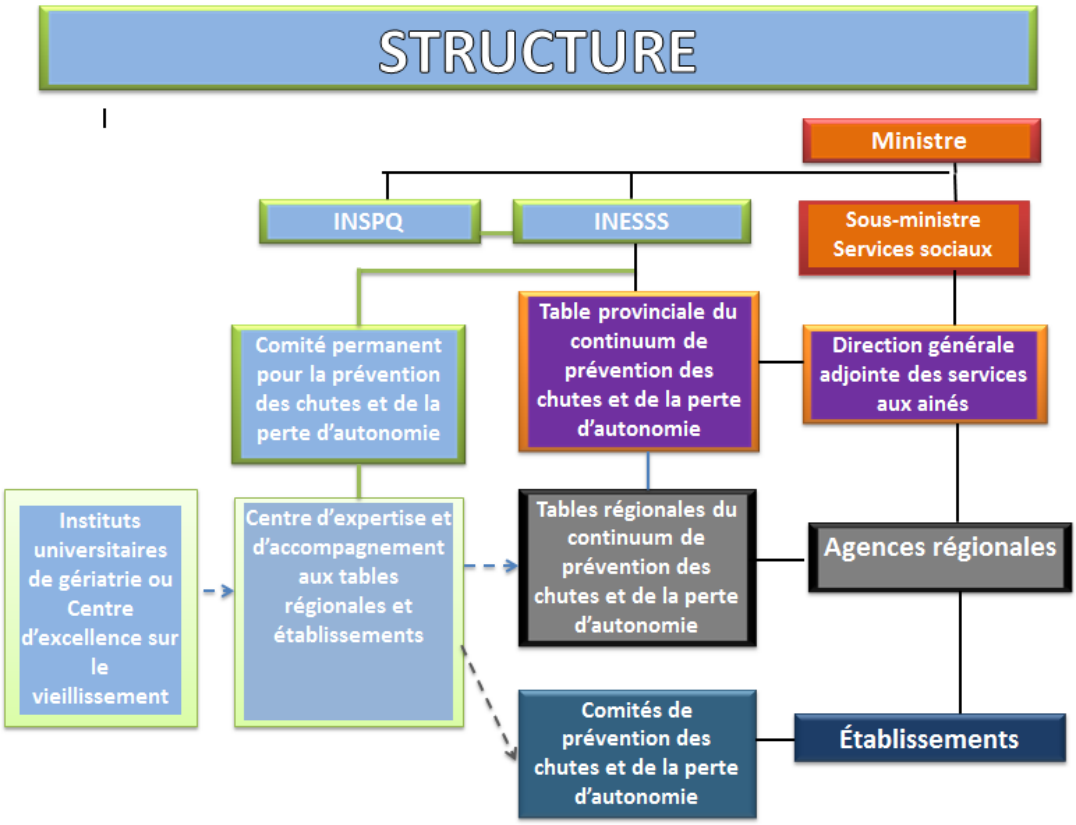
Sous l'autorité du MSSS, le programme de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins pourrait se décliner selon la structure suivante :

a) le comité permanent pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins, dont la nature du mandat est d'ordre scientifique;
b) la table provinciale du continuum de prévention des chutes et de la perte d'autonomie, principalement responsable du développement de stratégies d'ordre opérationnel;
c) les tables régionales du continuum de prévention des chutes et de la perte d'autonomie, ultimement responsables de l'application des stratégies proposées par la table provinciale;
d) les comités de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans les établissements;
e) le centre d'expertise et d'accompagnement aux tables régionales et aux établissements pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie, responsable d'accompagner les tables régionales et les établissements dans l'application concrète des stratégies de la table provinciale.

Cette structure comporterait cinq champs d'activités :

1. la surveillance des taux de chute, de délirium et des profils d'autonomie dans le continuum;
2. l'élaboration de politiques, procédures et mesures de soutien en matière de prévention et de contrôle des chutes et du déclin de l'autonomie;
3. l'éducation et la formation;
4. le suivi et l'évaluation;
5. la communication et l'information.

STRUCTURE PROVINCIALE POUR LA PRÉVENTION DES CHUTES ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE



4.2 COMITÉ PROVINCIAL PERMANENT POUR LA PREVENTION DES CHUTES ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Pour le groupe d'experts, les mandats du comité provincial permanent devraient comprendre :

1. la mise à jour des connaissances scientifiques;
2. la recension des meilleures pratiques;
3. l'évaluation des stratégies en place en fonction des résultats;

4. le développement de guides de pratique, de cadres de référence, de programmes de formation et de campagnes de sensibilisation, destinés aux membres du réseau de la santé et des services sociaux;
5. le développement de programmes de formation et de campagnes de sensibilisation, destinés aux personnes âgées et aux proche-aidants.

Le comité provincial permanent pourrait être sous la direction conjointe de l'INESSS et de l'INSPQ. Nous suggérons que ce comité soit composé d'une vingtaine d'experts :

1. un ou deux courtiers de connaissances de l'INESSS et/ou de l'INSPQ;
2. un chercheur de l'INESSS et un chercheur de l'INSPQ;
3. des représentants cliniciens de plusieurs disciplines en provenance des quatre RUIS, des deux instituts de gériatrie et des deux centres d'expertise en vieillissement;
4. des représentants gestionnaires des agences, CSSS, CH et CHSLD, provenant de diverses régions;
5. un représentant du ministère;
6. un représentant des organismes communautaires;
7. un représentant des résidences privées;
8. un représentant patient-partenaire;
9. un représentant des proches aidants;
10. un représentant des universités;
11. un représentant de l'équipe de soutien aux tables régionales et aux établissements.

Il est prévu que le comité se réunisse environ quatre fois par année en plénière en plus du travail en sous-comité selon les dossiers.

4.3 TABLE PROVINCIALE DU CONTINUUM DE PRÉVENTION DES CHUTES ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Les mandats de la table provinciale du continuum de prévention des chutes et de la perte d'autonomie comprendraient :

1. le développement de stratégies prometteuses pour la prévention des chutes, du délirium et du déclin fonctionnel et d'implantation des approches adaptées à la personne âgée dans le continuum de soins, à partir des travaux et en collaboration avec le comité permanent;
2. le développement d'indicateurs de qualité permettant de suivre l'état de la situation et de réévaluer les stratégies;
3. la validation des mécanismes de reddition de comptes;
4. la coordination des tables régionales et, avec celles-ci, le suivi de l'implantation des programmes;
5. la collaboration avec les tables régionales dans le but de favoriser l'implantation des programmes.

La table provinciale pourrait être chapeautée par le ministère, par exemple par la Direction générale adjointe des services aux aînés. Nous suggérons que ce comité soit composé d'une vingtaine d'experts :

1. deux représentants du comité permanent;
2. une dizaine de représentants des tables régionales (gestionnaires, gestionnaires de risques et cliniciens provenant des diverses régions);
3. un représentant de la Direction générale adjointe des services aux aînés;
4. un représentant du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins;
5. un représentant de l'AQESSS (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux);
6. un représentant des ordres professionnels;
7. un représentant des groupes d'agrément;
8. un représentant du Bureau du coroner;
9. un patient-partenaire;
10. un représentant du centre d'expertise et d'accompagnement aux tables régionales et établissements.

Il faudrait prévoir des réunions quatre fois par année et le travail en sous-comité selon les dossiers.

4.4 TABLES RÉGIONALES DU CONTINUUM DE PRÉVENTION DES CHUTES ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Les mandats des tables régionales du continuum de prévention des chutes et de la perte d'autonomie comprendraient :

1. l'implantation des politiques ministérielles en matière de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum et la mise en place sur le plan régional des stratégies prometteuses pour la prévention des chutes, du délirium et du déclin fonctionnel et du développement d'approches adaptées à la personne âgée dans le continuum de soins, élaborées par la table provinciale;
2. le suivi étroit des indicateurs sur le plan régional dans la communauté et par établissement;
3. la mise en place les mécanismes de reddition de comptes suggérés par le ministère et la table provinciale;
4. la coordination des comités de prévention des chutes et de la perte d'autonomie et avec ces comités faire le suivi de l'implantation des programmes;
5. le suivi de l'implantation des composantes des programmes de prévention des chutes et de l'approche adaptée, par divers moyens: partage d'information avec les comités d'établissements, sondages, suivi des indicateurs, observations sur le terrain, enquêtes auprès des usagers, etc.;

6. la recension des pratiques exemplaires sur le plan régional et partager celles-ci avec le comité d'experts provincial;
7. l'identification des facteurs de succès et des barrières à l'implantation des programmes;
8. la coordination des activités de formation sur le plan régional;
9. la coordination des activités de sensibilisation sur le plan régional;
10. la participation aux travaux de la table provinciale et du comité provincial permanent.

Chapeautées par la table provinciale, nous suggérons que les tables régionales soient composées d'une vingtaine de membres et représentent les divers CSSS et établissements indépendants :

1. trois représentants de l'agence impliqués dans les programmes : AAPA, RSIPA, Continuum de prévention des chutes;
2. trois gestionnaires de risques des établissements;
3. trois gestionnaires des établissements;
4. trois gestionnaires de programmes communautaires (SAD ou autres);
5. Trois cliniciens des établissements;
6. trois cliniciens impliqués dans le continuum de prévention des chutes;
7. deux médecins, dont un provenant d'un GMF;
8. deux représentants de la santé publique;
9. un patient-partenaire;
10. un représentant d'organismes communautaires, non gouvernementaux.

Il faudrait prévoir des réunions cinq à six fois par année et une journée de formation/atelier de réflexion tous les deux ans.

4.5 LES COMITÉS DE PRÉVENTION DES CHUTES ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SERAIENT RESPONSABLES DE :

1. soutenir les activités des gestionnaires, cliniciens accompagnateurs et agents du changement de l'établissement;
2. déterminer les orientations prioritaires en matière de prévention des chutes et de l'implantation de l'AAPA dans les établissements;
3. déterminer les indicateurs, les cibles et en assurer le suivi;
4. réévaluer périodiquement l'ensemble des composantes (contenu, formation, campagne de sensibilisation, implantation, évaluation, ressources dédiées, etc.) des programmes de prévention des chutes et de la perte d'autonomie;
5. être en lien continu avec la table régionale et partager les résultats de l'établissement dans le but de diffuser les pratiques prometteuses ou d'obtenir une aide extérieure pour optimiser les résultats et se sortir d'impasse;
6. se tenir au fait des activités et publications du comité provincial permanent.

Le groupe d'experts suggère que le comité d'établissement soit composé de :

1. cliniciens interdisciplinaires : membres de l'équipe de soins infirmiers, incluant un préposé aux bénéficiaires, membres de l'équipe de réadaptation, de nutrition, de service social, de pharmacie et d'au moins un médecin;
2. un ou des gestionnaires de risques;
3. un gestionnaire spécialisé en approche au changement, si possible;
4. gestionnaires d'unités et/ou de programmes;
5. le ou les gestionnaires dédiés à la prévention des chutes et à l'implantation de l'AAPA (en CH), au maintien de l'autonomie et de l'approche milieu de vie (en CHSLD) et au continuum de prévention des chutes (en CSSS);
6. un patient-partenaire, au moins.

Ce comité devrait être chapeauté par le comité de gestions des risques.

4.6 LE CENTRE D'EXPERTISE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX TABLES RÉGIONALES ET AUX ÉTABLISSEMENTS

Au comité provincial permanent et à la table provinciale se joindrait le centre d'expertise et d'accompagnement aux tables régionales et aux établissements. Il devrait être composé d'experts en gestion du changement ayant des connaissances approfondies en soins aux personnes âgées afin d'accompagner les tables régionales et les établissements dans l'implantation des stratégies préconisées par le ministère et la table provinciale et de supporter la gestion du changement à travers la province. Un représentant de cette équipe assisterait aux réunions du comité provincial permanent. Il faudrait également prévoir une représentation de cette équipe à la table provinciale qui ferait le lien entre la table et le terrain. Aux experts en gestion de changements pourraient se joindre des mentors tels que ceux formés au Centre d'expertise en vieillissement de Québec (CEVQ). Ses membres seraient disponibles pour accompagner les établissements dans l'élaboration et la réévaluation de programmes en lien avec la prévention des chutes et la perte d'autonomie. Ils pourraient soit se déplacer dans les milieux, soit créer des forums de pratiques, travailler avec des experts régionaux et former des mentors locaux et régionaux. Au besoin, ils pourraient suggérer divers types d'audits dans le but d'être en mesure de mieux accompagner les différents milieux. Le MSSS assurerait le support financier de cette équipe, mais le mandat serait confié à l'un des instituts universitaires de gériatrie ou à un des centres d'expertise en vieillissement, à l'instar du modèle du Centre d'expertise clinique en radioprotection, qui se trouve au CHUS et qui assure suivi et soutien à l'ensemble de la province.

4.7 LE RÔLE DES ORGANISMES D'AGRÉMENTS ET DES ORDRES PROFESSIONNELS

La littérature démontre que les processus d'agrément, de certification et d'inspection professionnelle contribuent à l'amélioration de la qualité des soins prodigués dans les établissements de santé à travers le continuum (Alkhenizan *et al.,* 2012). La certification, l'agrément et les ordres professionnels ont tous un rôle sur le plan de la réglementation, de l'amélioration de la qualité et de la prestation des soins sécuritaire en matière de santé.

La réglementation par les ordres professionnels est un processus qui exige une évaluation d'un professionnel de la santé selon des normes de pratique standardisées qui régissent la pratique pour mesurer les compétences de l'individu à exercer une profession. L'évaluation de la compétence est obligatoire et se fait tout au long de la carrière des professionnels afin d'assurer le maintien des compétences. Le but du processus de réglementation est la protection du public. La réglementation assure que les professionnels de la santé offrent des soins sécuritaires et assure le maintien des compétences. Les ordres professionnels s'assurent de la compétence des membres selon un processus d'inspection basé sur le principe d'autoresponsabilisation. Le processus d'inspection est encadré par des guides et des normes de pratique développés par des experts.

La certification est un processus qui cible un programme spécifique. Le processus exige l'évaluation d'un programme particulier par des pairs externes selon des normes d'excellence. Le processus de certification a pour but la prestation de soins et services sécuritaires selon des normes établies. Les processus de certification ont un impact positif sur les résultats cliniques obtenus par les programmes qui participent au processus de certification (Alkhenizan *et al.,* 2011).

L'agrément est un processus continu conçu pour améliorer la performance et le rendement des établissements de santé dans la prestation de services de santé sécuritaires. La démarche implique une évaluation par des pairs externes selon des normes d'excellence basées sur des données probantes. Les pairs évaluent la conformité de l'établissement avec les normes standardisées et donnent un aperçu du rendement de l'établissement en matière de qualité et de sécurité (Jaafaripooyan *et al.*, 2011). Le but du processus d'agrément est d'encourager l'amélioration continue de la qualité au sein d'un établissement. L'agrément se distingue des processus de certification et d'inspection professionnel par :

1. les équipes multidisciplinaires responsables des visites d'agrément;
2. la spécificité des visites selon les services et programmes offerts par les établissements;
3. les objectifs d'amélioration continue intégrés dans le processus;
4. le modèle d'évaluation par des pairs formés pour les visites d'agrément avec des expertises en santé.

La littérature démontre que le processus d'agrément a un impact positif sur la performance d'un établissement, sur les processus organisationnels qui visent la prestation des soins de santé sécuritaires et sur la capacité de promouvoir le changement au sein d'un établissement (Jaafaripooyan *et al.,* 2011; Greenfield *et al.*, 2008).

Les inspections professionnelles, la certification et l'agrément sont des processus complémentaires qui visent la sécurité des usagers et la qualité des soins de la santé par des professionnels compétents et responsables. L'amélioration continue du système de santé exige une collaboration étroite entre les partenaires d'agrément et des ordres professionnels.

Le groupe d'experts recommande de favoriser un lieu d'échanges entre les organismes d'agrément, les ordres professionnels, le Bureau du coroner et la table provinciale de prévention des chutes et de la perte d'autonomie. La responsabilité d'organiser ce lieu d'échange incomberait à la table provinciale.

4.8 INVESTISSEMENT DANS UNE STRUCTURE D'ACCOMPAGNEMENT

À la lecture du présent rapport, certains pourraient être tentés de vouloir faire l'économie de la structure permanente proposée et de l'investissement dans l'accompagnement au changement dans les milieux de soins en passant la commande à des intervenants en place pour la création d'un programme à partir du cadre de référence proposé sans ajout de ressources.

Le groupe d'experts met en garde les directions d'établissements et le ministère des risques liés à une telle approche. Telle que discutée, la prévention des chutes et de la perte d'autonomie est complexe et doit être abordée sous plusieurs angles. La création de programme selon des standards minimum risque de résulter en une diminution initiale du taux de chute dans certains milieux, mais cette amélioration ne sera que de courte durée et mènera rapidement à un plafonnement des résultats et à l'incapacité d'assurer l'amélioration continue et l'évolution d'un programme de prévention vers une culture de prévention. En l'absence d'une structure permanente d'accompagnement à divers échelons, il est à prévoir que la majorité des programmes de prévention vont reposer sur des éléments protocolaires sans plus tels que l'utilisation d'outils, de règles de soins ou la conformité à des standards pour les organismes d'agrément. Il sera impossible de bien faire le suivi de l'implantation concrète de l'ensemble des mesures préconisées. Ainsi, il est probable que d'ici quelques années, un nouveau groupe doive être formé pour faire le point et faire des recommandations. Il est temps de passer de la stratégie à l'action.

Pour ce faire, il faut:

1. Se doter d'une structure permanente qui permettrait d'intégrer les stratégies existantes, de leur assurer une mise en œuvre uniforme à travers la province et de se donner les moyens d'en assurer un suivi à long terme, car le problème des chutes et de la perte d'autonomie ne disparaîtra pas avec le vieillissement rapide des 75 ans et plus.
2. Investir les ressources nécessaires pour passer de l'élaboration de programmes à leur implantation efficiente, incluant la nécessaire révision au fil du temps.

Il est temps de tous se responsabiliser. Individuellement, chacun doit assumer son rôle dans la prévention des chutes et de la perte d'autonomie. Collectivement, il faut se donner les moyens de passer de la stratégie à l'action.

Le groupe d'experts recommande donc qu'en plus de la création du Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dont il a été question précédemment, le ministère via ses ententes de gestion, exige des établissements que soit alloué un pourcentage prédéterminé de leur budget, variable selon le type d'établissement et le pourcentage de personnes âgées desservies, entièrement dédié à la prévention des chutes et de la perte d'autonomie, incluant l'implantation de l'AAPA.

Cette enveloppe budgétaire ne devrait pas, de prime abord, servir à l'ajout de personnel soignant dans les unités de soins. De la même façon, elle ne devrait pas se faire aux dépens de réduction du personnel soignant. Elle doit plutôt servir à l'accompagnement des équipes en place. On pense ici, par exemple, à la création de postes de gestionnaires dédiés à la prévention des chutes et de la perte d'autonomie, de gestionnaires du changement et de cliniciens interdisciplinaires accompagnateurs.

Le groupe d'experts recommande que le ministère offre des incitatifs aux établissements qui s'engagent à investir dans une telle démarche. Un mécanisme de reddition de comptes devrait également être prévu (recommandation 2).

5. CONCLUSION

La démonstration des coûts (humains, sociaux et financiers) qu'entraînent les chutes et la perte d'autonomie n'est plus à faire. Il existe un ensemble d'interventions simples qui peuvent prévenir les chutes, le délirium et le déclin fonctionnel. Les données sont probantes. L'implantation de ces interventions, pour la plupart de nature préventive, en communauté et en établissement s'avère complexe. Plusieurs stratégies ont été développées au cours de la dernière décennie au Québec, mais leur pleine mise en œuvre tarde, malgré leur reconnaissance comme priorités ministérielles. De l'avis du groupe d'experts, le développement d'une culture de sécurité dans les soins et services, incluant des gestes simples tels que préconisés par l'AAPA et la pratique des tournées intentionnelles dans les établissements, et la mise en œuvre d'interventions préventives telles que les interventions élaborées dans le cadre du continuum de services pour la prévention des chutes en communauté, représentent un des plus grands défis pour la médecine moderne.

Le groupe d'experts estime que pour diminuer le taux de chute chez les 75 ans et plus dans les établissements de santé du Québec, certains préalables minimums sont requis :

- une augmentation de la responsabilité individuelle et collective à tous les niveaux est essentielle;
- chaque établissement doit avoir élaboré un programme complet et de qualité sur la prévention des chutes, lequel doit s'appuyer sur des données probantes;
- les établissements doivent allouer les ressources (humaines et financières) nécessaires pour l'implantation, le suivi et l'évolution du programme, incluant l'accompagnement des équipes soignantes, et ce, de façon permanente;
- la prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans les établissements doit s'inscrire dans un continuum de soins et services, intégrant les stratégies de prévention développées pour la clientèle à domicile, hospitalisée ou résidant dans tout type de ressource d'hébergement, public ou privé.

Le groupe d'experts reconnaît les limites budgétaires de l'État québécois, c'est ce pourquoi ses recommandations s'appuient sur des données probantes provenant d'une vaste recension des écrits autant que sur une évaluation de ce qui se fait sur le terrain et des difficultés rencontrées. À la suite de ses analyses, le groupe d'experts est vite arrivé à la conclusion qu'il devait aller au-delà du mandat d'identifier les meilleures pratiques, mais aussi se pencher sur la meilleure façon de mettre en œuvre les stratégies retenues. Il fallait également réfléchir à identifier les meilleures approches pour mieux conscientiser et responsabiliser tous les acteurs concernés. Il apparaît urgent de contrer autant la banalisation du problème des chutes, le défaitisme et le sentiment d'impuissance en ce qui a trait aux chutes et à la perte d'autonomie.

Le présent document met l'accent sur :

- La priorité à accorder à la prévention des chutes et à la perte d'autonomie en raison du potentiel d'accélération des coûts humains et financiers si tous les moyens possibles ne sont pas pris pour améliorer la situation.
- L'importance de poursuivre (et d'accélérer) la mise en œuvre des initiatives déjà amorcées telles que les pratiques cliniques préventives (PCP), les programmes PIED, les interventions multidisciplinaires personnalisées (IMP) et l'approche adaptée à la

personne âgée (AAPA), malgré les défis que présente leur implantation à tous les niveaux du continuum de services.

- L'absolue nécessité d'investir dans des stratégies d'implantation efficaces des programmes, notamment dans l'accompagnement des équipes de soins, afin de développer la compétence et le jugement clinique des intervenants et une culture de sécurité et des approches adaptées à la personne âgée.
- Un cadre de référence basé sur des données probantes, selon un modèle dynamique pouvant s'adapter à la réalité de chaque établissement, afin de faciliter l'élaboration d'un programme de prévention des chutes ou l'évaluation et l'amélioration d'un programme existant.
- Une pratique reconnue (les tournées intentionnelles) qui, de l'avis du groupe d'experts, apparaît des plus prometteuses pour diminuer les chutes et implanter les gestes de l'AAPA dans les établissements.

Enfin, le groupe d'experts propose une structure permanente à l'échelle provinciale à partir de ce qui existe déjà afin d'assurer une coordination des efforts déployés pour réduire les chutes, et ce, à tous les niveaux, stratégiques, tactiques et opérationnels. La structure proposée, identifiée comme le Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie (PPPCPA) est un levier important dans la perspective de réduire les chutes et la perte d'autonomie dans un continuum de soins et de services (de la communauté à l'hospitalisation, à l'hébergement). Ce programme s'inspire de modèles existants au Québec qui ont fait leurs preuves en matière d'amélioration de la sécurité des soins : le programme national de contrôle et de prévention des infections nosocomiales et le Centre d'expertise clinique en radioprotection.

Un investissement dans une telle structure à l'échelle provinciale, de même que l'investissement exigé des établissements pour la mise en œuvre des recommandations du présent groupe d'experts, sera rapidement compensé par les gains sur le plan de la qualité des soins ainsi que des résultats en termes de prévention des chutes et de leurs conséquences et de prévention du délirium et de la perte d'autonomie. Les investissements entraîneront des économies d'échelle, à court et à long termes. Les gains se mesureront entre autres par une diminution des durées de séjour en CH pour la clientèle âgée, des taux d'institutionnalisation des populations vivant à domicile et des taux de transferts en soins aigus pour la clientèle hébergée. Au-delà des économies prévisibles, les gains pour la société québécoise justifient amplement les investissements suggérés par le groupe d'experts. Plus qu'un vœu pieux, la prévention des chutes est une responsabilité sociale. Il est urgent de se donner les moyens de passer de la stratégie à l'action.

GLOSSAIRE

CHUTE : *Évènement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou sur toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment. Les traumatismes dus aux chutes peuvent être mortels (OMS, 2012)*[8] .

ÉTABLISSEMENT : Dans ce document, réfère aux centres hospitaliers de tout type, aux centres de réadaptation et aux centres hospitaliers de soins de longue durée.

USAGER : Patient, client, bénéficiaire, personne qui a recours aux services de santé et de services sociaux, qu'elle soit malade ou non.

[8] OMS (2012) Centre des médias, Les Chutes, Aide-Mémoire n° 344, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/.

BIBLIOGRAPHIE

ACCE HEALTHCARE TECHNOLOGY FOUNDATION CLINICAL ALARM TASK FORCE, Impact of clinical alarm on patient safety J of clinical engineering, January-March 2007.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2014). Chutes chez les aînés au Canada,. Deuxième rapport,. 63 pages.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009). Les meilleures pratiques de prévention des chutes basées sur l'expérience clinique.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ) (2012). Hourly Nurse Rounds Help to Reduce Falls, Pressure Ulcers, and Call Light Use, and Contribute to Rise in Patient Satisfaction. 2012 http://innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=3204

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Preventing falls in hospitals: A toolkit for improving quality of care,. Rand Corporation Boston, janvier 2013, 202 p.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ) HEMPEl S. et al. Review of evidence on falls prevention in Hospitals : Task 4 Final report. AHRQ, Rand review, February 2012, 96 p.

ALKHENIZAN A., Shaw C. Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature. Annals of Saudi Medicine. 2011: 31 (4): p. 407-416.

ALKHENIZAN A., Shaw C. The attitude of health care professionals towards accreditation: a systematic review of the literature. Journal of family and Community Medicine. 2012 :19 (2): p. 74-80.

ALMEIDA T.L., Minimally Supervised multimodal Exercises to reduce falls risk among economically and educationally Disadvantaged older adults, Journal of aging and physical activity, 2013, 21 (3): 241-259.

American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. PANEL ON PREVENTION OF FALLS IN OLDER PERSONS. « Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons », *Journal of the American Geriatrics Society*, 2011, vol. 59, 1, p. 148-157.

AMERICAN MEDICAL DIRECTORS ASSOCIATION, FALLS AND FALL RISK. *Clinical Practice Guideline*, Columbia MD, AMDA, 2011, 21 p.

Arcand M. et Hébert R., *Précis pratique de gériatrie*, 2e éd., Saint-Hyacinthe, Québec, Edisem, 1997.

BABINE et al. (2013). « HELP prevent falls by preventing delirium », *Nursing*, mai 2013, p. 18-21.

BARKER A. et al. « Reducing serious fall-related injuries in acute hospitals: are low-low beds a critical success factor ? », *Journal of Advanced Nursing*, 2013, janvier, vol. 69. p 112-121.

BARRY E., *et al*. « Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis », *BMC Geriatrics*, 2014, vol. 14, no 14.

BC INJURY RESEARCH AND PREVENTION UNIT (2011). Falls and Related Injuries in Residential Care : A Framework and Toolkit for Prevention. BC Injury Research and Prevention Unit [On-line]. www.injuryresearch.bc.ca/docs/3_20110811_100931Residential%20Care%20Framework_Aug%2010_2011.pdf.

BECKER C., Rapp K. Fall Prevention in Nursing Homes, Clinics in Geriatric Medicine 26 (2010) 693-704OOO.

BOURDESSOL H., Pin S. Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Réseau francophone de prévention des traumatismes et de protection de la sécurité. Edisem. INPES, 2005, 156 p.

BRESSELER K. Elimination of Position-Change Alarms in an Alzheimer's and Dementia Long-Term Care Facility American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 26(8) 599-605, 2011.

CABILLIC S. Dang V.M., Ricard C, Picot F, Ageron FX, Couturier P, Qualité de la prise en charge aux urgences des patients âgés chuteurs. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie et Vieillissement 2013 ; 11 (4) : 351-60.

CAMERON ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12.

CAMPBELL A.J. Preventing fractures by preventing falls in older women, Canadian Medical Association Journal, 2002, vol. 167 (9), p. 1005-1006.

Campbell AJ, Robertson MC, Gardiner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM. Randomized controlled trial of a general practice program of home based exercise to prevent falls in elderly women. BMJ 1997. 315 (7115) 1065-1069.

CATERINO J.M. Comparison of balance assessment modalities in emergency department elders : a pilot cross sectional observational study. BMC Emergency Medicine 2009, 9:19.

CCOTS (COMITÉ CONSULTATIF ONTARIEN DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ) Rapport d'étape, Chutes entraînant des fractures chez les personnes âgées vivant dans la collectivité (65 ans et plus) 2009. hhttp://www.health.go.on.ca/english/providers/program/ohtac/pdf/progress/2009/falls-fr.pdf

CLOSE J.C.T., Predictors of falls in a high risk population: results from the prevention of falls in the elderly trial (PROFET). Emerg Med J 2003;20:421–425.

CONTANDRIOPOULOS, AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL, PINEAULT R, L'ÉVALUATION DANS LE DOMAINE D LA SANTÉ, 1992, MONTRÉAL, GROUPE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE EN SANTÉ, 136 P. (1992)

CPSI (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE), REDUCING FALLS AND INJURIES FROM FALLS, Getting Started Kit (Second Edition) 2013 .

CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE. Programme de prévention des chutes 2012, http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=926.

DAWN LF Quality improvement project eliminates falls in recovery area of high volume endoscopy unit. BMJ quality and safety 2011, (20) 170-173.

DEAN, E. Reducing falls among older people in hospital. Nursing Older People 2012; 24(5) 16-19.

DES SOINS DE SANTÉ PLUS SÉCURITAIRES MAINTENANT!, Tournées horaires : une nouvelle initiative de prévention des chutes au Centre Deer Lodge, 2012
http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/shnNewsletter/Pages/Hourly-rounding-A-new-falls-initiative-at-Deer-Lodge-Centre.aspx

DIETRICK, L. (2012). Hourly rounding : Challenges with implementation of an evidenced –based process. Journal of Nursing Care Quality 27 (1) 13-19.

DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Jean-Clet Gosselin. Collection des données à l'action : Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. (2012) 4-11.

DIRIX, A. Conseil québécois d'agrément, Étude préliminaire sur les risques, Présentation au groupe d'experts sur les chutes, août 2013.

DIXON-WOODS M. et al. Ten challenges in improving quality in healthcare: Lessons from the healthcare foundation program evaluation and relevant litteratures. BMJ Qual Saf 2012, online first.

DOSA D, Intractor O, McNicoll L, Cang Y, Teno J. Preliminary derivation of a Nursing Home Confusion Assessment Method based on data from the minimum Data Set, J AM GeriatrSoc, 2007, 55 (7), 1099-1105.

DUMEZ, Vincent, Lafrenière, Sylvie (2012). Le Virage patient partenaire, un dialogue pour faire équipe, présentation au Congrès de l'OIIQ. Faculté de médicine, Université de Montréal, CHUM, Octobre 2012.

ECRI HEALTHCARE RISK CONTROL. Patient Violence. July 2013. Volume 4.

EDWARDS R. et al., Is urinary continence considered in the assessment of older people after a fall in England and Wales? Cross-sectional clinical audit results. Maturitas 69 (2011) 179–183.

EVERHART D. et al. Determinants of hospital fall rate trajectory groups: A longitudinal assessment of nurse staffing and organizationals characteristics. Health Care Mange Rev 2014 early view.

FEIL M. Falls Risk Assessment : A Foundational Element of Falls Prevention Programs. Pennsylvania Patient Safety Advisory Vol. 9, N° 3, September 2012. http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2012/Sep;9(3)/pages/73.aspx

FELDMAN F, Robinovitch S.N. Reducing hip fracture risk during sideways falls : Evidence in young adults of the protective effects of impact to the hand and stepping. Journal of biomechanics 40: 2612-2618, 2007.

FERRARI M, Harrison B, Lewis D, The risk factors for impulsivity-relate falls among hospitalized older adults. Rehabil Nurs. 2012; 37 (3): 45-50.

Filiatrault J, Gauvin L, Fournier M, Poirier M, Robitaille Y, Laforest S, Corriveau H, Richard L, Evidence of the psychometric qualities of a simplified version of the Activities-specific Balance Confidence Scale for community-dwelling seniors. Archives of the Physical Medicine and Rehabilitation, 2007; 88 (5): 664-672.

FIXSEN D. et al. Implementation research : A synthesis of the literature. University of South Florida, 2005, 125 p.

FORD, B. Hourly Rounding : a strategy to improve patient satisfaction scores, Medsurg Nursing 2010 (19) (3) 188-191.

FOURNIER, Claire, Lecours Chantale, Gagné Mathieu (2012). Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile au Québec, Institut de la statistique du Québec, 2012.

GAGNE, Mathieu, Robitaille, Y., Jean, S., Perron, P.-A. Évolution de la mortalité associée aux chutes chez les personnes âgées au Québec, 1981 à 2009. Maladies chroniques et blessures au Canada, vol 33, No 4, septembre 2013.

GAGNON C., Lafrance M. (2011). Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique. Institut national de santé publique du Québec, juin 2011.

GILLESPIE LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE, The Cochrane Collaboration, Interventions for preventing falls in older people living in the community . Cochrane Library 2012, Issue 9.

GOODWIN V.A. et al. Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. BMC Geriatrics 2014, 14:15.

GRAVELIN, G.& Phoenix Bitter,N (2010). Nurses and nursing assistants 'reports of missed care and delegation. Journal of Nursing Administration. 40(7) 329-335.

GRAY-MicellIl D, Quigley PA, Fall prevention assessment, diagnoses and intervention strategies. In Boltz M., Capezuti E., Fulmer T., Zwicker D. editors, Evidenced-based geriatric nursing protocols for best practice. 4th edition. New-York Springer publishing company, 2012, p. 268-97. Retrouvé dans: AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY : National guideline Clearinghouse. www.guideline.gov/content.aspx?id=43933 Site web consulté le 2014-04-09.

GREENFIELD D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care. 2008 : 20 (3) p. 172-183.

GRIS (GROUPE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE EN SANTÉ) Évaluation de l'implantation du continuum de services en prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile, 2009, Rapport final, 140 p.

GUO JL et al. Interventions to reduce the number of falls among older adults with/without cognitive impairment: an exploratory meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry 2013. Online.

HÄGGQVIST B. et al. "The balancing act"--- Licensed practical nurse experiences of falls and fall prevention: a qualitative study. BMC Geriatrics 2012, 12:62.

HAINES TP et al., Pragmatic, cluster randomized trial of a policy to introduce low-low beds in hospital wards for the prevention of falls and fall injuries JAGS 58 435-441 2010.

HAUMSCHILD MJ, KARFONTA TL, HAUMSCHILD MS, PHILLIPS SE, CLINICAL AND ECONOMIC OUTCOMES OF A FALL-FOCUSED PHARMACEUTICAL INTERVENTION PROGRAM, AM J HEALTH SYST PHARM, 2003; 60 (10): 1029-32.

HEALEY F., Essential care after an inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. BMJ, 12 February, 342-343, 2011.

HEALEY F., Haines T.P., A pragmatic study of the predictive values of the Morse fall score. Age and ageing 42: 462-469 2013.

HEINRICH S Rapp K, Rissmann U, Becker C, König H-H, Cost of falls in old age : a systematic review. Osteoporosis Int. 2010 (21): 891-902.

HEMPEL (2012) voir ARHQ.

HEMPEL S. et al. Hospital Fall Prevention: A Systematic Review of Implementation, Components, Adherence, and Effectiveness. JAGS 61: 483–494, 2013.

HERNANDEZ D. Predicting which older will or will not fall using the Fullerton Advanced Balance Scale Arch Phys Med Rehabil 2008, 89 (12) 2309-2315.

HEUNG M, A Successful Approach to Fall Prevention in an Outpatient Hemodialysis Center Clin J Am Soc Nephrol, 5: 1775–1779, 2010.

HILL Bailey P. A description of a process to calibrate the Morse fall scale in a long-term care home. Applied Nursing Research 24 (2011) 263–268.

HNIZDO S, Archuleta RA, Taylor B, Kim SC. Validity and reliability of the modified John Hopkins Fall Risk Assessment Tool for elderly patients in home health care. Geriatric Nursing, Volume 34, Issue 5 , 423-427, September 2013.

HOROWITZ B.P. et al. Occupational Therapy Community Practice and Home Assessments : Use of the Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) to Support Aging in Place. Occupational Therapy In Health Care, 27(3):216–227, 2013.

HUDDLESTON JM et al. Learning From Every Death. J Patient Safety :10(1), March 2014.

Hurst DK, Zimerman BJ, From life cycle to ecocycle: A new perspective on the Growth, Maturity, Destruction and Renewal of Complex Systems. Journal of Management Inquiry, 1994, 3 (4), 339-354.

HURTEAU M. Le Benchmarking et l'amélioration continue. Revue canadienne d'évaluation des programmes Vol.2, p. 57-74.

IJKEMA R. et al. What impedes and what facilitates a quality improvement project for older hospitalized patients? International Journal for Quality in Health Care 2014; Volume 26, Number 1: pp. 41–48.

INOUYE SK, Bogardus ST, Jr., Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM, Jr. The Hospital Elder Life Program : a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. Journal of the American Geriatrics Society 2000; 48(12):1697-706.

INSPQ La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile, Guide d'implantation - IMP 2e édition, 2009, 100 p.

INSPQ. Gagné, Mathieu, Robitaille, Yvonne. Rapport sur L'évolution des hospitalisations attribuables aux traumatismes craniocérébraux d'origine non intentionnelle au Québec. (2012) (1-28).

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTE (ICIS). Les soins de santé au Canada : regard sur les personnes âgées et le vieillissement, Ottawa, 2011, 166 p.

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 rédigée par Elene Morarescu. Québec, Qc : INESSS; 2013. 23p., (http://www.inesss.qc.ca/publications/publications.htm).

Jaafaripooyan E, Agrizzi D, Akbari-Haghighi F. Health care accreditation systems: further perspectives on performance measures. International Journal for Quality in Health Care. 2011: 23 (6); p. 645-656.

JONES, M, Mitchell ,K et al. (2011). The stories behind the data. Patient Safety & Quality Healthcare, N° 6, 30-34.

JOYCE B.R. and Showers B., Student Achievement through Staff Development, 3rd Edition 2002, 217 p.

KALISCH, B., Tschannon, D, Lee,M (2012). Missed Nursing care, staffing and patient falls. .Journal of Nursing Care Quality, 27, 6-12.

KANNUS et al. (2007). Journal of Gerontology : Biological Sciences and Medical Sciences, Alarming rise in the number and incidence of fall-induced cervical spine injuries among older adults 62 (2) : 180-183.

KOLIN, M (2010). Fall Initiatives: Redesigning best practice. Journal of Nursing Administration, 40 (9) 384-391.

KRUMHOLZ, Harlan, Post hospitalisation syndrome: An acquired, transient condition of generalized risk, NEJM 368:2, Jan. 2013, p. 100-103.

KTEP: Kitchen Table Exercise Program: University of Queensland, Australia, 2007. http://www.med.monash.edu.au/physio/staff/files/ktep.pdf

LAKATOS BE, CAPASSO V, MITCHELL M, Falls in the General Hospital: Association with Delirium, Advanced Age, and Specific Surgical Procedures, Psychosomatics, May June 2009, 50 (3) p. 218.

LEE A et al. Using root cause analysis to reduce falls with injury in the psychiatric unit General hospital psychiatry, 2012 (34), 3, 304-311.

LEGTERS K, Fear of falling, Phys Ther, 2002; 82: 264-272.

LEMAY, Anne (2012). Perspective sur la prévention des chutes et l'impact sur les dimensions de la performance, AQESSS, mars 2012.

LHINC (LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK COLLABORATIVE) Integrated Provincial Falls prevention framework & toolkit, July 2011. Local Health Integration Network Collaborative [On-line]. Available : http://c.ymcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/822ec60d-0d03-413e-b590-afe1aa8620a9/LHIN_report_IntegratedProvincialFallsPreventionFrameworkToolkit_07-07-2011.pdf.

LIFESTYLE-INTEGRATED FUNCTIONAL EXERCISE: Clemson L, Fiatarone Singh M, Munro J, 2007 http://www.laterlifetraining.co.uk/life-lifestyle-integrated-functional-exercise-reducing-falls-and-improving-function/

MACDONALD H, Aspray T.J, Vitamin D supplements and bone mineral density. The Lancet, Vol. 383, April 12, 2014.

MEADE, C Bursell, A, & Ketelsen, L Effects of nursing rounds on patient's call bell lightuse, satisfaction and safety. American Journal of Nursing, 2006, 106 (9) 58-70.

MEULENERS L.B. First Eye cataract surgery and hospitalization from injuries due to a fall : a population-based study JAGS, 2012, 60: 1730-1733.

MEULENERS L.B. The impact of first and second-eye cataract surgery on injurious falls that require hospitalisation : a whole-population study. Age and Ageing 2014; 43:341-346.

MIAKE-LYE IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fal prevention programs as a patient safety strategy; a sustematic review. Ann Intern Med 2013; 158; 390-6.

MINISTÈRE DE SANTÉ DE L'ONTARIO, Qualité des services de santé de l'Ontario. Une analyse des points à améliorer : Les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux (2013-2014) : Idées de changement réussies pour améliorer la prévention des chutes. 2014

MSSS. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/ssss_enbref/index.php?liste_des_lois.

MSSS (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, Cadre de référence.

MSSS. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier de courte durée : Cadre de référence 2011, 205 p.

MSSS. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier de courte durée : Guide du coach : Développement des compétences Section 1 : Information générale sur la formation théorique et le coaching. Mars 2012, 10 p.

MSSS. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier de courte durée : Guide du coach : Développement des compétences.

MSSS (2004). Direction générale de la santé publique. La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile, Cadre de référence, 61 p.

MSSS (2009). INSPQ, La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile, Guide d'implantation : intervention multifactorielle personnalisée, 100 p.

MSSS (2013). Prévention et contrôle des infections nosocomiales, Plan d'action 2010-2015, p. 13.

MSSS. Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec, période du 1er octobre 2012 au 31 mars 3013.

MSSS. Santé publique (2012). Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile, Des données à l'action, 11 p.

Muir, SW, Gopaul K, Montero-Odasso MM, The role of cognitive impairment in fall riskamong older adults: a systematic review and meta-analysis, Age and Ageing 2012, 41:299-308.

NATIONAL NURSING RESEARCH UNIT. (2012) King's College London. Policy Plus Evidence, Issues and Opinions in Healthcare. Intentional Rounding : what is the evidence?

NEELEMAAT F. et al. Short-Term Oral Nutritional Intervention with Protein and Vitamin D Decreases Falls in Malnourished Older Adults. J Am Geriatr Soc 60:691–699, 2012.

NHS Scotland, Managing Falls and Fractures in Care Homes for Older People. Good practice self-assessment resource. 2011 Communications, SCSWIS, 68 p. Tool 13a.

NICE Clinical guideline 161. Fall: assessment and prevention of falls in older people. June 2013, 33 p.

NIEMEIJER AR et al., Ethical and practical concerns of surveillance technologies in residential care for people with dementia or intellectual disabilities: an overview of the literature. Intern psychoger, 22(7) 2010.

OIIQ. Suivi du client post-chute (document-Inspection professionnelle). Révision janvier 2011.

OLIVER D. et al. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clin Geriatr Med. 2010 Nov; 26(4):645-92.

OMS (2012). Les chutes, Aide mémoire 3#344, Octobre 2012.

OTAGO PROGRAMME :
http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/groups/external_providers/documents/publications_promotion/prd_ctrb118334.pdf.

PARKE, Belinda, LIU, Babara, JUBY, Angela, JAMIESON, Craig (2013). Enhancing quality and safety standards for older people in Canadian Hospitals: A national Collaboration, Healthcare Quatrly, Vol 16, N° 1, 2013.

PEEL, NM Epidemiology of falls, Canadian Journal on Aging 2011, 30 (1) 7-19.

PIED : Trickey F., Parisien M, Laforest S., Genest C., et Robitaille Y. Programme intégré d'équilibre dynamique, Guide d'animation, Direction Santé publique de Montréal, édition 2011, 378 p.

POLLY P. et al., The role of vitamin D in skeletal and cardiac muscle function, Frontiers in physiology. April 2014, vol 6 (145) 1-7.

PORTER E.J. et al., Intentions of older homebound women to reduce the risk of falling again. J of Nursing scholarship, 42(1): 101-109, 2010.

PUTS M.T.E. et al. The fall rate of older community-dwelling cancer patients. Support Care Cancer. (2013) 21 :775-783.

RAPPORT FRANCOEUR. Rapport du comité ministériel. Les accidents évitables dans la prestation de soins de santé, proposition 12, p. 55, 2001.

REID I.R et al., Effects of vitamin D supplements on bone mineral density: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, Vol 383, January 11, 2014.

RNAO. Prevention of falls and falls injuries in the older adult. Long term care best practice program 2002 and supplement (2011) rnao.ca/bestpracticeguidelines. Site web consulté le 9 avril 2014.

RNAO, Toolkit : Implementation of best practice guidelines. Second edition, September 2012, 154 p.

ROBINOVITCH S. How is my resident falling? Webinaire présenté par l'Institut canadien de sécurité des patients, le 21 mars 2014.

RUBENSTEIN L.Z. et al. Validating an evidence-based, self-rated fall risk questionnaire (FRQ) for older adults. Journal of Safety Research 42 (2011) 493–499.

RUSSELL M.A. et al. Development of the Falls Risk for Older People in the Community (FROP-Com) screening tool. Age and Ageing 2009; 38: 40–46.

RYAN-Wenger N.A., Dufek J.S. An interdisciplinary momentary confluence of events model to explain, minimize, and prevent pediatric patient falls and fall-related injuries. Journal for specialists in pediatric nursing. 18: 4-12, 2013.

SAHOTA O, Refine (Reducing Falls in In-patient Elderly) using bed and bedside chair pressure sensors linked to radio-pagers in acute hospital care: a randomised controlled trial. Age and Ageing 2014; 43 (2): 247–253 p.

SANDHAUS S, Zalon ML, Valenti D, Dzielak E, Smego RA, Jr., Arzamasova U. A volunteer-based Hospital Elder Life Program to reduce delirium. Health Care Manager 2010;29(2):150-6.

SANTESSO N, Carrasco-Labra A, Brignardello-Peterseu R, Hip protectors for preventing hip fractures in older people (Cochrane Review), 2014.

SAUVE-QUI-PENSE (2009). Le fardeau des blessures au Canada. Toronto, Ontario, http://www.smartrisk.ca/dpwnloads/burden/Cananda2009/EBI-Fr-Final.pdf.

SCOTT V. et al., Multifactorial and functional mobility assessment tools for fall risk among older adults in community, home-support, long-term and acute care settings. Age and Ageing 2007; 36: 130–139

SHERRINGTON C. et al. Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommandations NSW Public Health Bulletin 23(3-4), 2011.

SIBLEY K. M. et al. Chronic disease and falls in community-dwelling Canadians over 65 years old: a population-based study exploring associations with number and pattern of chronic conditions. BMC Geriatrics 2014, 14:22.

SHERROD B., Brown, R., Vroom, J. &Taylor Sullivan, D. Round with purpose. Nursing Management, January 2012, 33-38.

SKINNER, Roger MD, Chair of the Ontario Coroner's Geriatric & Long Term Review Committee in collaboration with W5 CTV Research Team (Steve Bandera et al.) pour un reportage à CTV, présenté en octobre 2013. Provincial Homicides and Suspicious Deaths in Nursing Homes. (2013). (Data from six provinces from 1990 to August 2013).

SPOELSTRA L. S. et al. Fall Prevention in Hospitals : An Integrative Review. Clinical Nursing Research 21(1) 92–112 2012 p. 103:

STEADI (2008) Stopping elderly accidents, deaths & injuries, Centers for diseases control and prevention.

http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/Falls/steadi/index.html?s cid=tw injdir154

STERN C. Interventions to reduce the incidence of falls in older adult patients in acute-care hospitals: a systematic review. Int J Evid Based Healthc 2009; 7: 243–249.

STUDER Group (2007). Hourly rounding supplement Best practice: sacred heart hospital Pensacola, Floridag.

STUDER Group (2010). Improving clinical outcomes with hourly rounding. retrieved from http:/www.mc.vanderbilt.edu/root/pdfs/nursing/hourly.

Swift, CG. The role of medical assessment and intervention in the prevention of falls. Age and Ageing 2006; 35-S2: ii65–ii68.

SYLLIAAS H, Selbaek G, Bergland A, Do behavioral disturbances predict falls among nursing home residents? Aging Clin Exp Res 2012; 24(3):251-6.

THOMAS s., et al., Does the « Otago exercise programme » reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2010 Nov; 39(6):681-7.

TIEDEMANN A. Identifying older people at high risk of future falls : development and validation of a screening tool for use in emergency departments. Emerg Med J 2013; 30: 918–922.

TSENG HM, Inpatient falls in adult care settings: influence of patients' mental status, J. Adv. Nurs., 2010 (a), 66 (8), 1741-1746.

TSENG HM, Understanding the prevalence of inpatient falls associated with toileting in adult care settings. J. Nurs. Care Qual., 2010 (b), 25 (1): 22-30.

TZENG, H.,& Yin,C. Relationship between call light use and response time and inpatient falls in acute care settings. Journal of Clinical Nursing 2009, 18 :3333-3341.

UETMIS (unité d'évaluation des technologies et des interventions en santé /CHUQ. Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisées ou en centre d'hébergement. Rapport d'évaluation. Québec. Juillet 2012

VLAEYEN E. et al. Fall incidents unraveled: a series of 26 video-based real-life fall events in three frail older persons. BMC Geriatrics 2013, 13:103.

VOGLER CM et al. Evidence of detraining after 12-week home-based exercise programs designed to reduce fall-risk factors in older people recently discharged from hospital. Arch Phys Med Rehabil. 93(10) 2012.

WEI LA, Fearing MA, Steinberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: A systematic review of current usage. J Am Geriatr Soc, 2008, 56(5): 823-830.

WHO (2007). Global report on falls prevention in older age, 47 p.

WILLIAMS T et al. An analysis of patients falls and fall prevention programs across academic medical centers. J Nurs Care Qual, 2014 (29); 1; 19-29

WOOLCOTT JC, Khan KM, Mitrovic S. The cost of fall related presentations to the ED: A prospective, in-person, patient-tracking analysis of health resource utilization. Osteoporosis International 23:1513-1519.

ZECEVIC AA, CHESWORTH BM, ZARIC GS, HUANG Q, SALMON A, MCAUSLIN D, WELCH R, BRUNTON D. Estimating the cost of serious injurious falls in a Canadian acute care hospital. Can J Aging. 2012 Jun; 31(2):139-47.

ZWIJSEN SA. Surveillance technology : an alternative to physical restraint? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia. Int J nursing home, 2012 (49) 212-219.

LISTES DES ANNEXES

ANNEXE 1. Tableau des recommandations

ANNEXE 2. Références recommandées

ANNEXE 3. A) Analyse des rapports de coroner

ANNEXE 3. B) Tableau des décès à la suite d'une chute (75 ans et plus)

ANNEXE 3. C) Questionnaire d'investigation pour les décès suivant une chute chez les 75 ans et plus en CH, CHSLD, résidence privée ainsi que dans la communauté

ANNEXE 4. Taux de conformité de la POR sur les chutes (Agrément Canada)

ANNEXE 5. Analyse de programmes et Grille d'évaluation des programmes avec les résultats

ANNEXE 6. Analyse du Registre national

ANNEXE 7. Sondage auprès des gestionnaires de risques

ANNEXE 8. Grille d'analyse d'une chute ayant conduit à un décès ou à un accident grave

ANNEXE 9. La fonction de gestionnaire de risques dans un établissement

ANNEXE 10. Cadre de référence pour une stratégie efficace d'implantation

ANNEXE 11: Modèles de structure

ANNEXE 12: Définitions et indicateurs – Programmes de prévention des chutes

ANNEXE 13 Aide-mémoire en prévention des chutes (Gagnon et Lafrance 2011)

ANNEXE 14: Liste des médicaments pouvant augmenter le risque de chute ou de blessures à la suite d'une chute

ANNEXE 15: Liste de questions permettant d'identifier des pratiques organisationnelles fréquentes limitant le changement.

ANNEXE 1. TABLEAU DES RECOMMANDATIONS

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
En lien avec la structure					
MSSS	**1.** Le ministère de la Santé et des Services sociaux crée une structure permanente, identifiée comme le Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins (PPPCPA). Sous l'autorité du ministère de la Santé et des Services sociaux, le programme de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins pourrait se décliner selon la structure suivante : 1. le comité permanent pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans le continuum de soins; 2. la table provinciale du continuum de prévention des chutes et de la perte d'autonomie; 3. les tables régionales du continuum de prévention des chutes	✓ Nos analyses démontrent une implantation inégale tant sur le plan local que régional des programmes du continuum de services pour la prévention des chutes, incluant les 3 volets, soit le volet médical (Pratiques cliniques préventives), le volet soutien à domicile (intervention multifactorielle personnalisée) et le volet communautaire (Programme intégré d'équilibre dynamique), ainsi que le manque de coordination des programmes dans le continuum, les difficultés d'accès pour certaines clientèles, etc. ✓ L'implantation des composantes de l'AAPA est également variable selon des données provenant du MSSS. ✓ Ces stratégies sont toujours pertinentes, mais les présents efforts pour leur pleine mise en œuvre vont s'avérer insuffisants à renverser la tendance selon le groupe d'experts. Il est primordial d'en assurer les conditions gagnantes pour une pleine implantation, le plus rapidement et efficacement possible. ✓ Il n'existe à l'heure actuelle aucun mécanisme régional ou provincial de reddition de comptes. ✓ En l'absence d'une structure permanente d'accompagnement à divers niveaux, il est à prévoir que la majorité des programmes de prévention vont reposer sur des éléments protocolaires (utilisation d'outils, de règles de soins, conformité à des standards pour les organismes d'agrément, etc.). Il sera impossible de bien faire le suivi de l'implantation concrète de l'ensemble des mesures préconisées. ✓ La structure permanente proposée est un levier important dans la perspective de réduire les chutes	2015	Engagement ministériel Avoir des ressources dédiées, notamment pour la mise sur pied du centre d'expertise et d'accompagnement aux tables régionales et aux établissements	Cadre de référence du continuum des chutes (2004) Étude du GRIS (2009) sur l'implantation des composantes du continuum. Rapport de recherche-action : Accompagner un changement dans les pratiques cliniques préventives, apprentissages et conditions critiques (MSSS 2012). Cadre de référence AAPA Données du MSSS sur l'implantation des composantes de l'AAPA (2013) LHIN Collaborative 2011, en Ontario BC Injury and Prevention Unit Programme provincial de contrôle et de prévention des infections nosocomiales Centre d'expertise clinique

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
	et de la perte d'autonomie; 4. les comités de prévention des chutes et de la perte d'autonomie dans les établissements; 5. le centre d'expertise et d'accompagnement aux tables régionales et aux établissements	et la perte d'autonomie dans le continuum de soins et services en permettant de coordonner les efforts de prévention des chutes et de la perte d'autonomie à domicile, en milieu d'hébergement et en milieu de soins de courte durée et de faire le suivi de l'implantation des stratégies ainsi que d'être en mesure de faire le suivi des résultats et de réviser les orientations, au besoin. ✓ Le modèle provincial s'inspire d'autres modèles québécois ayant fait leurs preuves en matière d'amélioration de la sécurité des soins : Le Centre d'expertise clinique en radioprotection du CHUS et le Programme national de contrôle et de prévention des infections nosocomiales.			en radioprotection du CHUS.
MSSS **Directions des établissements**	**2. a)** Le Ministère, via ses ententes de gestion, exige des établissements que soit alloué un pourcentage prédéterminé de leur budget, variable selon le type d'établissement et le pourcentage de personnes âgées desservies, entièrement dédié à la prévention des chutes et de la perte d'autonomie, incluant l'implantation de l'AAPA. **2. b)** Le Ministère envisage de mettre en place des mécanismes incitatifs pour les établissements qui s'engagent à investir dans une telle démarche. Un	✓ Les chutes chez les personnes âgées représentent un problème important de santé publique qui, compte tenu de la démographie, risque de croître de façon exponentielle à moins que des moyens efficaces ne soient mis en place de façon permanente pour les prévenir. ✓ Il existe un ensemble d'interventions qui permettent de réduire les chutes dans la communauté, à l'hôpital de soins de courte durée et dans les ressources d'hébergement. Il est important de s'assurer que tout ce qui peut être fait pour prévenir les chutes et leurs conséquences soit mis en place, dans la mesure de nos moyens. Une des façons d'y parvenir est d'investir dans des stratégies d'implantation efficace des programmes, notamment dans l'accompagnement des équipes de soins, afin de développer la compétence et le jugement clinique des intervenants, une culture de sécurité et des approches adaptées à la personne âgée.	2014	Coupler les efforts de l'AAPA (Approche adaptée pour la personne âgée) et la prévention des chutes en CH, en s'assurant que les établissements investissent suffisamment dans l'accompagnement pour la mise en œuvre efficace de ces approches dans les unités de soins, mènera à l'obtention de résultats, soit la diminution de la fréquence des chutes, du déclin fonctionnel, et de l'incidence de délirium	L'ensemble des sources consultées témoigne de l'ampleur du problème et de l'urgence d'agir.

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
	mécanisme de reddition de comptes devrait également être prévu.	L'accompagnement est reconnu comme la façon la plus efficace d'instaurer un changement de culture. ✓ Les investissements entraîneront des économies d'échelle, à court et à long termes. Une réduction de 20 % du taux de chute aux conséquences graves dans les établissements du Québec permettrait des économies d'au moins 1,6 million de dollars annuellement, seulement en coûts supplémentaires d'hospitalisation. Par ailleurs, une réduction du taux total de chutes en établissement entraînerait des économies supplémentaires plus difficiles à quantifier, mais si l'on tient compte de la fréquence du syndrome post-chute et de ses conséquences sur le niveau fonctionnel, celles-ci sont certainement appréciables.		et permettra ainsi de prévenir des incapacités, de réduire le taux d'institutionnalisation et de diminuer la durée de séjour en CH. Une éventuelle adaptation de l'AAPA pour les différents milieux d'hébergement et à domicile constituerait un atout pour l'intervention sur les facteurs de risque de chutes les plus fréquents.	
Établissements **Direction concernée** Comité de prévention des chutes et de la perte d'autonomie Responsable de programme	3. Les établissements utilisent le cadre de référence proposé par le groupe d'experts, c'est-à-dire le modèle dynamique de prévention des chutes, dans le but d'élaborer un programme de prévention des chutes, d'évaluer un programme existant ou de l'améliorer en fonction des données probantes.	✓ À la suite de l'analyse d'un échantillon de programmes de prévention des chutes provenant d'établissements de partout au Québec, le groupe d'experts a constaté une disparité dans la qualité de ceux-ci. ✓ Rares sont les établissements qui se sont fixé des cibles de réduction et qui font la réévaluation de leurs programmes en fonction de ces résultats. ✓ Le suivi post-chute est souvent un maillon faible des programmes sur le plan clinique. ✓ Les modalités d'implantation et de formation sont peu documentées dans les programmes étudiés.	2015	Chaque établissement doit avoir élaboré un programme de prévention des chutes complet et de qualité, s'appuyant sur des données probantes. Les établissements doivent allouer les ressources (humaines et financières) nécessaires pour l'implantation, le suivi et l'évolution du programme, incluant l'accompagnement des équipes soignantes, et ce, de façon permanente;	

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
				La prévention des chutes dans les CH et les CHSLD doit s'inscrire dans un continuum de soins et de services. Une augmentation de la responsabilité individuelle et collective à tous les niveaux est essentielle.	
Établissements **Direction concernée** Comité de prévention des chutes et de la perte d'autonomie Responsable de programme	**4 a**) Les établissements envisagent d'inclure la pratique des tournées intentionnelles, présentées dans le cadre de référence, comme stratégie efficace pour implanter les interventions de prévention des chutes et de l'AAPA au chevet.	✓ Depuis 10 ans, plusieurs études ont été publiées suggérant l'efficacité des tournées intentionnelles (*hourly rounding*). Elles réduisent le taux de chute, le nombre de cloches et augmentent la satisfaction des usagers. Typiquement, ces tournées effectuées toutes les heures (auprès de tous les usagers ou d'usagers sélectionnés) visent à évaluer : le niveau de douleur, le besoin d'aller aux toilettes, le positionnement, l'environnement et l'accessibilité à des objets nécessaires au bien-être de l'usager (ex. verre d'eau, cloche d'appel, téléphone, etc.). ✓ Cette pratique est considérée comme pratique exemplaire par plusieurs organismes régulateurs. Ce type de tournées a été implanté à l'Hôpital d'Ottawa et approuvé comme pratique exemplaire par Agrément Canada. Elle est, de l'avis du groupe d'experts, l'une des pratiques les plus prometteuses pour diminuer le taux de chute et implanter les gestes de l'AAPA.	2015-2017	Les établissements doivent allouer les ressources (humaines et financières) nécessaires pour l'implantation des tournées intentionnelles, incluant l'accompagnement des équipes soignantes.	Recension des écrits Revue de la base de données des pratiques exemples d'Agrément Canada

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
MSSS	**4 b)** Le ministère de la Santé et des Services sociaux procède à un appel de soumissions pour lancer trois projets pilotes en CH (dont au moins un à l'urgence) et trois en CHSLD, subventionnés par le Ministère afin d'étudier l'efficacité et les coûts-bénéfices associés à l'implantation de la pratique des tournées intentionnelles.	Malgré l'efficacité reconnue de cette pratique, entre autres pour diminuer les chutes, les études sont toutefois limitées : elles comprennent de faibles nombres d'usagers, sont de type « avant-après » et il n'y a pas d'étude coûts-bénéfices. De l'avis du groupe d'experts, il s'agit d'une stratégie prometteuse pour diminuer le taux de chute et implanter les gestes de l'AAPA, mais le groupe juge important d'évaluer comment les tournées intentionnelles peuvent être implantées au Québec et à quel coût.	2015	Incitatifs ministériels pour encourager le volet recherche	Recension des écrits
Établissement **Direction concernée, de préférence une direction multidisciplinaire**	**5.** Chaque établissement doit mettre en place un comité interdisciplinaire de prévention des chutes et de la perte d'autonomie et nommer un responsable de programme et plusieurs champions et porteurs de programmes interdisciplinaires.	✓ Implanter un programme sans une équipe d'implantation s'avère inefficace. ✓ Selon le sondage des gestionnaires de risques : - il y a une variabilité dans le suivi des recommandations; - un nombre important d'établissements n'a pas d'activités d'évaluation de l'efficacité des recommandations; - les données recueillies suggèrent un manque de communication à l'intérieur de plusieurs organisations. ✓ Toute activité de formation ne s'avère pas efficace. Il faut faire une large place (et les ressources nécessaires) aux méthodes d'accompagnement. ✓ Les analyses rétrospectives sont plus efficaces lorsqu'elles sont effectuées en 2 paliers : une première analyse par l'équipe interdisciplinaire de l'unité et une deuxième par un comité central.	2014-2015	Soutien de la direction des établissements. Priorité accordée à la prévention des chutes et de la perte d'autonomie, incluant l'implantation de l'AAPA.	Annexe 11 Sondage des gestionnaires de risques

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
		L'analyse du comité de prévention des chutes de l'établissement apporte un autre angle et permet de dégager les recommandations qui peuvent être systémiques.			
Table provinciale de prévention des chutes et de la perte d'autonomie	**6**. La table provinciale de prévention des chutes et de la perte d'autonomie favorise un lieu d'échanges entre les organismes d'agrément, les ordres professionnels et le Bureau du coroner.	√ Les organismes d'agrément et les ordres professionnels représentent des leviers importants pour l'amélioration de la qualité dans les établissements. √ Les analyses de dossiers par les coroners ont aussi une visée préventive. Elles sont une source d'information importante pour dégager certaines tendances systémiques.	2015	Mise en place de la structure permanente. La table provinciale assume pleinement son rôle de leader.	
En lien avec le cadre de référence					
	7. Le ministère propose à Agrément Canada d'exiger des établissements que leur programme de prévention des chutes s'appuie sur des données probantes et d'engager l'étude à ajouter une POR sur la prévention des chutes à l'urgence.	√ La POR sur la prévention des chutes est intégrée dans 22 normes de services à l'exception du service de l'urgence. √ La littérature démontre que le processus d'agrément a un impact positif sur la performance d'un établissement, sur les processus organisationnels qui visent la prestation des soins de santé sécuritaires et sur la capacité de promouvoir le changement au sein d'un établissement (Jaafaripooyan *et al.*, 2011; Greenfield *et al.*, 2008). √ Les inspections professionnelles, la certification et l'agrément sont des processus complémentaires qui visent la sécurité des usagers et la qualité des soins de la santé donnés par des professionnels compétents et responsables. L'amélioration continue du système de santé exige une collaboration étroite entre les partenaires d'agrément et des ordres professionnels.	2015-2017	Collaboration entre la structure permanente proposée et Agrément Canada	Recension des écrits Revue de la base de données des pratiques exemplaires d'Agrément Canada.
MSSS	**8.** Le MSSS, les ASSS, les CSSS et autres	✓ Le sondage auprès des gestionnaires de risques a permis de mettre en lumière une variabilité au	2015	La structure permanente provinciale proposée	Sondage auprès des gestionnaires de risques

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
Agences Établissements	établissements de santé adoptent : i) Des définitions communes pour les termes chutes, quasi-chute, chutes causant blessures, chuteurs à répétition. ii) Certains indicateurs communs tels le taux de chute par 1 000 jours-présence usager, la proportion de chutes avec blessures, le taux d'utilisation des contentions.	niveau des indicateurs utilisés d'un établissement à l'autre. ✓ L'adoption de définitions communes et de certains indicateurs communs permettrait de faciliter la communication entre les intervenants de différents milieux et la comparaison entre établissements.		identifiée comme le Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie (PPPCPA) permettrait de faire la promotion de l'adoption et le suivi de l'implantation de définitions et d'indicateurs communs.	du RACQ
MSSS Comité provincial permanent pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie	**9.** Le MSSS veille à l'adaptation des principes de l'AAPA dans les milieux d'hébergement et le domicile. Le mandat pourrait être confié au comité permanent pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie.	✓ L'approche adaptée à la personne âgée dans son ensemble propose des interventions préventives pour plusieurs facteurs de risque fréquents, parmi les plus importants en lien avec les chutes : le délirium, les troubles du sommeil et l'utilisation de sédatifs, les troubles de mobilité et le syndrome d'immobilisation, les troubles du comportement, les troubles de la continence et la dénutrition. ✓ Les outils de dépistage pour identifier les usagers vulnérables dès leur présentation à l'urgence, de même que ceux utilisés dans les unités de soins pour mieux cerner les besoins des usagers hospitalisés (la fiche aînée), sont complémentaires à ceux proposés dans la plupart des guides pour la prévention des chutes.	2015-2016	La structure permanente provinciale proposée identifiée comme le Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie (PPPCPA) serait toute désignée pour adapter les outils de l'AAPA et développer une stratégie de promotion, d'implantation et de suivi de leur introduction dans ces milieux.	Cadre de référence de l'AAPA

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
		✓ Le module de formation 3 et les grilles d'analyse sur l'environnement traitent des principaux risques en lien avec l'environnement. ✓ Une éventuelle adaptation des outils de l'AAPA et leur utilisation dans les différentes ressources d'hébergement et dans les soins et services à domicile constituerait un atout pour l'intervention sur les facteurs de risque fréquents dans ces milieux.			
Établissements Responsable de programme et champions	**10.** Les établissements s'assurent que les équipes de soins utilisent les outils de l'AAPA afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des plans d'interventions visant la modification des facteurs de risque les plus importants, incluant le délirium. **11.** Les établissements s'assurent que les professionnels évaluent les facteurs de risque du délirium, à l'admission et de façon continue (AAPA-fiches aînées). **12.** Les établissements s'assurent que les professionnels de la santé identifient le délirium. Le CAM (Confusion Assessment Method) est un exemple	✓ Le délirium, la démence, l'incontinence et la médication représentent les facteurs de risque les plus importants associés aux chutes des patients âgés dans les établissements de santé. ✓ De 34 % à 96 % des usagers qui ont fait des chutes dans les hôpitaux présentaient des signes de délirium, selon diverses études. ✓ L'instrument d'évaluation CAM apporte une bonne sensibilité (94 %), une bonne spécificité (89 %) pour l'identification du délirium, permet le suivi des taux d'incidence de délirium et son implantation est réaliste. ✓ L'AAPA aborde plusieurs facteurs de risque de chutes modifiables et est basée sur des données probantes. ✓ L'implantation de l'AAPA est une priorité pour le MSSS dans les CH. Cependant, les difficultés et retards observés dans l'implantation des composantes de l'AAPA rappellent les difficultés observées dans la prévention efficace des chutes. Ces difficultés contrastent avec les succès observés à la suite des efforts de prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé au Québec (50 % de réduction du *C. difficile* entre 2004 et 2009).	2015-2016	Gestionnaires et cliniciens dédiés à l'implantation de l'AAPA et de programmes de prévention des chutes en nombre suffisant pour accompagner les équipes (soutien culture de changement, formation coaching, développement /adaptation d'outils, etc.). Le ministère, via ses ententes de gestion, exige des établissements que soit alloué un pourcentage prédéterminé de leur budget, variable selon le type d'établissement et le pourcentage de personnes âgées	Recension des écrits INESSS 2013 Cadre de référence de l'AAPA

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
	d'outil de dépistage validé.			desservies, entièrement dédié à la prévention des chutes et de la perte d'autonomie incluant l'implantation de l'AAPA.	
Établissements Responsable de programme Médecins Pharmaciens	**13.** Les établissements s'assurent que soient effectuées la revue et l'ajustement de médicaments sur une base régulière dans le cadre d'une collaboration médecin-pharmacien. Cette revue doit être effectuée à l'admission de l'usager, lors de changements dans sa condition et à une fréquence prédéterminée, variant selon le contexte (ex. courte ou longue durée) et prévue au programme.	✓ La polypharmacie est considérée comme un facteur de risque important. ✓ Plusieurs programmes multifactoriels efficaces de prévention des chutes intègrent la revue et l'ajustement de la médication. ✓ La revue Cochrane 2013 cite des études rigoureuses qui ont réussi à démontrer un lien entre la révision des médicaments et la réduction des chutes. ✓ De petites modifications pendant la nuit (éteindre la lumière, musique de fond apaisante, diminuer le bruit du personnel, éviter la prise de signes vitaux si possible) peuvent réduire de 38 % l'usage de sédatifs et leurs conséquences.	2014-2015	Disponibilité des pharmaciens en CH et CHSLD. Sensibilisation des médecins. Publication et diffusion du guide de pratique clinique préventive.	Recension des écrits
Établissements Gestionnaires de risques Comité de prévention des chutes et de la perte d'autonomie	**14.** Les établissements s'assurent que les chutes liées aux agressions entre usagers soient répertoriées et qu'un suivi de la tendance soit effectué afin d'être en mesure d'identifier les moyens d'interventions concernant	✓ De 2008 à 2010, les analyses de décès causés par une chute (rapports de coroner) répertoriaient 3 chutes (sur 93) secondaires à une agression par un autre usager (résident). ✓ De nombreux rapports dans la littérature et dans les médias soulèvent l'augmentation de l'incidence des traumas à la suite d'agressions entre usagers (résidents). Compte tenu des courbes démographiques, ce phénomène risque de s'amplifier. Nous ne sommes pas en mesure avec les données actuelles de quantifier l'ampleur des chutes	2015	Le groupe d'experts recommande également les fiches cliniques (outils) de l'AAPA (fiche clinique sur l'approche face aux troubles de comportement (p.65). La Table nationale doit mettre en place un mécanisme qui va	Analyse des rapports de coroner 2008-2010 Recension des écrits Reportage W-5 octobre 2013 CQA

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
	ce facteur de risque.	associées à ce phénomène dans les établissements de santé du Québec. ✓ Selon le CQA, l'indice de criticité (IC) mettant en lien la fréquence et la gravité sur une échelle de 1 à 25 correspond à 9,33 en ce qui concerne la violence entre usagers et se situe au 3e rang après les chutes 12,67 et les médicaments 10,11. ✓ Le registre national ne permet pas de les répertorier.		permettre de les répertorier (présentement ces évènements sont déclarés comme des agressions).	
Établissements CMDP Comité de prévention des chutes et de la perte d'autonomie des établissements Tables régionales pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie	15. Les établissements s'assurent que soient mis en place des mécanismes pour favoriser et encadrer l'analyse de dossiers associés aux chutes tels que : i) Une revue de dossiers liés aux chutes avec conséquences graves par le comité de l'évaluation de l'acte médical ou le comité responsable de l'analyse des dossiers morbidité-mortalité, de préférence avec l'équipe interdisciplinaire à partir d'une grille d'évaluation. ii) Une revue de dossiers liés aux chutes avec conséquences graves par le comité de prévention des chutes, un suivi de l'évolution post-fracture, pour une période d'au	✓ Les médecins ont un rôle essentiel dans la prévention des chutes. Ils identifient les conditions médicales qui contribuent aux risques de chutes et établissent les plans de traitement qui peuvent diminuer les risques. Trop souvent dans les établissements, l'évaluation médicale du patient chuteur est incomplète. Peu de CMDP se penchent sur l'évaluation des chutes. Les revues de dossiers par les comités de l'évaluation de l'acte médical, combinées à des visites d'inspection professionnelle par le Collège des médecins représentent un moteur de changement potentiellement très efficace. ✓ Selon le sondage des gestionnaires de risques, le manque de collaboration des médecins et des gestionnaires est cité comme étant parmi les plus grands obstacles pour les analyses d'accidents. ✓ Les fractures de la hanche sont associées à un haut taux de décès. Comme ces décès peuvent survenir tardivement, ils sont à notre avis sous-déclarés étant donné l'absence de suivi systématique de l'évolution clinique des usagers qui subissent des fractures.	2015-2016	Pour ce faire, le groupe d'experts propose aux établissements d'adapter la grille d'analyse de chutes ayant conduit à un décès ou à une conséquence grave préparée par le groupe d'experts en fonction de leurs besoins spécifiques (annexe 8). L'implantation du guide de pratique, d'après les travaux de Gagnon et Lafrance, est essentielle afin de s'assurer que les médecins soient sensibilisés à leur rôle en ce qui concerne le problème des chutes ainsi que de mettre leurs connaissances à niveau en ce qui a trait à l'évaluation du chuteur.	Gagnon et Lafrance 2011 Sondage auprès des gestionnaires de risques L'évaluation de l'acte médical : Guide d'exercices. CMQ, Août 2013

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
	moins 3 mois et le partage de ces données avec les tables régionales de prévention des chutes, afin d'en dégager d'éventuelles tendances et de permettre l'élaboration de recommandations à caractère systémique.			Engagement du CMQ.	
Établissements Responsable de programme et champions	**16.** Les établissements s'assurent que soient faites à l'urgence: a) La vérification de l'histoire de chutes (dans les douze derniers mois) pour chaque personne identifiée à risque selon un des outils de repérage utilisés à l'urgence (PRISMA ou ISAR). b) Une évaluation systématique des facteurs de risque de chutes modifiables de toute personne âgée de 65 ans et plus, se présentant à l'urgence ou à la clinique externe, ayant fait une chute dans les douze derniers mois (c.-à-d. pratiques cliniques préventives). c) Une investigation post-chute complète, pour les	30 % de personnes de 65 ans et plus risquent de faire au moins une chute à l'intérieur d'une année. Selon les données MEDECHO de 2005-2006, le taux d'hospitalisation en CH à la suite d'une chute était de 218,6/1000. Selon une enquête de l'INSPQ de2008-2009 : 21 % des 75 ans et plus avaient fait une chute dans les douze derniers mois. Près de 3 % des personnes âgées de 65 ans et plus avaient consulté un professionnel de la santé à la suite d'une chute; 1,5 % avaient dû être hospitalisées. Le « syndrome post-hospitalisation » est un ensemble de mécanismes (dont le déconditionnement, la dénutrition, le stress, etc.) entraînant un risque accru de réhospitalisation dans les 30 jours, pour des causes autres, telles les chutes. Les pratiques cliniques préventives sont un élément essentiel du continuum de la prévention des chutes et chaque visite d'un professionnel de la santé représente une occasion de prévention, incluant une visite à l'urgence ou une hospitalisation. Le repérage des patients de 75 ans par un outil reconnu	2015-2017	Implantation du guide de pratique clinique. Planification de congé intégrant la coordination avec les composantes du continuum de prévention des chutes : les mécanismes RSIPA (réseaux de soins intégrés aux personnes âgées) existants ou planifiés permettront la réalisation de cet objectif. L'efficacité de ces recommandations sera à la mesure des moyens utilisés pour mettre en place le continuum dans chacune des régions.	Recension des écrits Cadre de référence du continuum des chutes (2004) Cadre de référence de l'AAPA

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
	personnes âgées se présentant à l'urgence ou à la clinique externe à la suite d'une chute. d) La référence systématique au CLSC ou au médecin traitant de tout chuteur âgé de 65 ans et plus qui se présente à l'urgence, afin de mettre en place les interventions appropriées du continuum de services.	tel PRISMA ou ISAR est rendu obligatoire par le MSSS dans le cadre de ses ententes de gestion avec les hôpitaux de soins de courte durée. Le repérage positif doit enclencher une évaluation plus approfondie. Celle-ci devrait inclure la vérification de l'histoire de chutes dans les derniers mois et, le cas échéant, l'application des recommandations du guide de pratique et une référence vers les programmes appropriés de prévention des chutes du continuum.			
Établissements Direction concernée Responsable de programme	**17.** Chaque établissement identifie le matériel et les équipements jugés non adaptés et non sécuritaires, et élabore un calendrier de remplacement, qui sera transmis annuellement à la table régionale pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie.	✓ Pour la prévention des chutes, il est recommandé l'utilisation des lits ajustables en hauteur et des lits à profil bas. Les lits à demi-ridelles sont recommandés. ✓ Les économies secondaires à la réduction des accidents liés à l'utilisation d'équipements non sécuritaires, tels des civières dans les unités de soins, des lits avec des ridelles pleines longueur et des lits trop hauts, suffisent à justifier cette recommandation.	2015-2020	L'investissement à court, moyen et long termes dans le remplacement et l'achat d'équipements.	Recension des écrits
MSSS	**18.** Le MSSS, en collaboration avec le Collège des médecins, publie le guide de pratique clinique, basé sur Gagnon et Lafrance 2011, destiné aux médecins et autres professionnels intervenant en première ligne auprès de personnes	✓ L'INSPQ, en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, a produit un document d'une grande qualité intitulé *Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique*. Ce document est disponible sur le site Web de l'INSPQ. La plupart des recommandations incluses dans ce document	2015-2016	Budget pour la création du guide en collaboration avec le Collège des médecins du Québec. Budget pour une vaste campagne de sensibilisation pour la prévention des chutes	Gagnon et Lafrance 2011 MSSS (2012) Accompagner un changement dans les pratiques cliniques préventives : apprentissages et conditions critiques

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
	âgées et le distribue largement**.**	s'appliquent directement au contexte hospitalier et en hébergement. Toutefois, le guide clinique n'a pas encore été élaboré. ✓ Un guide seul ne peut prétendre à un changement significatif des pratiques cliniques préventives. Cependant, il constitue une référence essentielle pour les cliniciens afin d'établir les standards. L'association de sa publication à une campagne majeure de sensibilisation à la prévention des chutes ainsi qu'à la mise en place d'un suivi rigoureux de l'implantation des changements de pratique préconisés lors d'inspection professionnelle devrait donner les résultats escomptés. ✓ Les pratiques cliniques préventives doivent être connues et appliquées par tous les médecins qui travaillent auprès des personnes âgées, dans tout le continuum de services.		en communauté et en établissement. La structure permanente provinciale proposée, identifiée comme le Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie (PPPCPA), serait toute désignée pour proposer une stratégie de lancement et de suivi de ce guide.	Rapport de recherche-action.
MSSS Table nationale	**19.** Le MSSS s'assure qu'une participation des usagers à tous les paliers du Programme provincial des chutes et de la perte d'autonomie soit prévue.	✓ Il est essentiel d'impliquer les usagers dans le processus d'évaluation et d'élaboration d'un plan d'interventions individualisé. Les usagers sont en mesure d'informer les professionnels de leur vécu/ expériences/choix/valeurs, apportant ainsi plusieurs pistes de solution pour la prévention des chutes. ✓ L'implantation d'approches telle l'approche patient-partenaire développée par le RUIS Montréal et d'autres, va contribuer à développer un réel partenariat entre l'usager et les professionnels de la santé, enrichissant de part et d'autre l'expérience et contribuant à l'identification de solutions réalistes et acceptables, entre autres pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie.	2015	Poursuite des travaux pour favoriser l'implantation d'approches telle l'approche patient-partenaire et d'autres approches similaires.	Recension des écrits
En lien avec le Registre national et l'analyse des incidents/accidents					

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
MSSS Établissements Gestionnaires de risques	**20.** Le MSSS poursuit l'optimisation des outils (AH-223) et des systèmes d'information (SISSS, GESRISK, et le Registre national) pour faciliter l'analyse des évènements indésirables et l'identification des interventions appropriées.	✓ Les possibilités d'exploiter les données du RNIASSSS pour en extraire des tendances nationales sont plus limitées que les possibilités qu'ont les établissements sur le plan local. ✓ Il est dommage que les paramètres actuels du RNIASSSS ne permettent pas d'extraire les principaux lieux de chutes (salle de bain, chambre, etc.) ni d'identifier plus précisément les circonstances de chutes (ex. chute associée à un déplacement vers un lieu ou pour répondre à un besoin particulier). ✓ Le groupe d'experts se réjouit des efforts d'amélioration du rapport de déclaration AH-223, du SISSS et du RNIASSSS entrepris par le MSSS et est d'avis que les modifications apportées au printemps 2014 permettront de repousser les limites actuelles du système. Il serait intéressant que les prochaines améliorations au SISSS et au RNIASSSS permettent de mettre en relation différentes bases de données. En outre, il serait intéressant de vérifier l'existence de liens entre les profils ISO-SMAF et les chutes. ✓ Le sondage des gestionnaires de risques montre une disparité dans l'utilisation et l'analyse du formulaire AH-223-2.	2015-2017	Selon les possibilités des systèmes d'information et du développement d'une culture plus transparente en matière de gestion des risques	Analyse des données du Registre national Sondage des gestionnaires de risque
MSSS Table nationale	**21.** La présence de gestionnaires de risques d'office aux comités de prévention des chutes et de la perte d'autonomie des établissements et aux tables régionales (voir section 5).	✓ Il existe parfois un manque de transparence dans les établissements qui semble contre-productif. Le partage des données recueillies par les gestionnaires de risques permettrait l'analyse de tendances et faciliterait la recherche de moyens pour une prévention efficace. Il faut aller au-delà de la culture du blâme et développer une confiance mutuelle sur le plan régional qui permettra la mise en place de programmes efficaces dans le	2015-2016	La mise en place de la structure permanente	Sondage auprès des gestionnaires de risques

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
		continuum de services.			
Établissements Gestionnaires de risques Responsable de programme Centre d'expertise et d'accompagne-ment aux tables régionales et aux établissements	**22.** Les établissements améliorent la déclaration des Incidents/Accidents (AH-223) et développent la capacité d'analyse des évènements et des données du Registre local, avec le soutien des divers niveaux du Programme provincial de prévention des chutes et de la perte d'autonomie.	Une variabilité dans l'utilisation et l'analyse du formulaire AH-223-2 est observée. Selon les gestionnaires de risques consultés, peu d'analyses des évènements sans conséquence sont réalisées, en dépit du potentiel parfois important. Les indicateurs utilisés varient d'un établissement à l'autre. Une sous-déclaration des incidents/accidents (crainte, banalisation, etc.) est rapportée par certains gestionnaires de risques.	2016	La mise en place de la structure permanente. Le MSSS poursuit l'optimisation des outils (AH-223) et des systèmes d'information (SISSS, GESRISK et le Registre national) pour faciliter l'analyse des évènements indésirables et l'identification des interventions appropriées. La présence de gestionnaires de risques d'office dans les comités de prévention des chutes et de la perte d'autonomie des établissements et aux tables régionales.	Sondage auprès des gestionnaires de risques.

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
MSSS Établissements Directions concernées	**23.** Le MSSS donne suite aux recommandations de 2012 du GVSSS concernant le profil de compétences souhaité du gestionnaire de risques.	Les données recueillies dans le sondage auprès des gestionnaires de risques suggèrent une variabilité du rôle du gestionnaire de risques, de son niveau d'expertise, de son niveau hiérarchique et du ratio des effectifs se traduisant souvent par un manque de temps et une surcharge de travail. Le manque de collaboration, notamment du corps médical et des gestionnaires, est cité comme étant parmi les plus grands obstacles pour les analyses d'accidents. Selon les gestionnaires de risques consultés, peu d'analyses des évènements sans conséquence sont réalisées, en dépit du potentiel parfois important. Les données du sondage montrent que le suivi des recommandations est partiel. Un nombre important d'établissements consultés n'a pas d'activités d'évaluation de l'efficacité des recommandations; les gestionnaires de risques évoquent l'absence de contrôle sur le devenir des recommandations. Les données recueillies suggèrent un manque de communication à l'intérieur de plusieurs organisations. Certains gestionnaires soulignent le chevauchement des rôles et responsabilités des instances telles que le comité de vigilance et le comité de gestion des risques.	2015-2020	L'engagement du MSSS et des établissements à rehausser le profil de compétence des gestionnaires de risques.	Sondage auprès des gestionnaires de risques Document du GVSS 2012
Bureau du coroner	**24.** Le Bureau du coroner harmonise le mode d'évaluation utilisé par les coroners à l'aide d'un questionnaire d'investigation pour les décès suivant une chute	L'étude des rapports de coroner faisant l'analyse des décès survenus à la suite d'une chute de 2008 à 2010 a permis de constater la variabilité du contenu de ces rapports, notamment en ce qui concerne l'analyse des facteurs de risque de chutes, le type ou les noms des médicaments impliqués, l'information sur	2015	Adoption du questionnaire d'investigation par le Bureau du coroner proposé par le groupe d'experts et partage des résultats avec le comité	Analyse des rapports de coroner de 2008-2010

DESTINA-TAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉ-ANCIER	CONDITIONS DE RÉALISATION	SOURCES
	chez les personnes de 75 ans et plus en CH, CHSLD, résidence privée ainsi que dans la communauté.	l'historique de chute et l'analyse des causes de la chute.		provincial permanent et la table provinciale pour la prévention des chutes et de la perte d'autonomie. La table provinciale doit assumer son rôle de leader pour favoriser les échanges avec le Bureau du coroner.	

ANNEXE 2. RÉFÉRENCES RECOMMANDÉES

LISTE DE GUIDES CLINIQUES DE PRÉVENTION DES CHUTES

En français:

Québec

Gagnon C., Lafrance M. (2011) *Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique.* INSPQ, juin 2011. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1241_PrevChutesPersAgeesAnalyseRecomm.pdf

Bégin C. et *al.* (2009) *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Guide d'implantation IMP*, 2e éd., INSPQ http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_1.pdf

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 rédigée par Elena Morarescu. Québec, INESSS, 2013, 23p., http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/G%C3%A9riatrie/INESSS_Chute_Patients_Etablissements_Sante.pdf

En anglais

Canada

BC Injury Research and Prevention Unit (2011). *Falls and Related Injuries in Residential Care: A Framework and Toolkit for Prevention*, BC Injury Research and Prevention Unit. http://www.injuryresearch.bc.ca/docs/3_20110811_100931Residential%20Care%20Framework_Aug%2010_2011.pdf

CPSI, *Fall Prevention/Injury Reduction, Getting Started Kit*, 2e éd.) 2013 http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/Falls/Documents/Falls%20Getting%20Started%20Kit.pdf

RNAO, *Prevention of Falls and Falls Injuries in the Older Adult.* Long-Term Care Best Practices Program, 2002, supplément, 2011.

Guide: http://docs.communityconnection.net/preventionoffallsrelatedinjuries.pdf?hl=en
Supplément:http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/7446_FALLS-Supplement_FA.pdf

États-Unis

Agency for healthcare research and quality (AHRQ), *Preventing Falls in Hospitals: A toolkit for Improving Quality of Care*, Rand corporation, Boston, janvier 2013, 202 p. http://www.ahrq.gov/professionals/systems/long-term-care/resources/injuries/fallpxtoolkit/fallpxtoolkit.pdf

National Center for Patient Safety (NCPS), *Falls Toolkit*, http://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/falls.asp

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), *Healthcare Protocol: Prevention of Falls* https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_patient_safetyreliability_guidelines/falls/

Health Foundation for Western and Central New York, *Step Up to Stop Falls Toolkit*™ http://www.hfwcny.org/Tools/Broadcaster/frontend/itemcontent.asp?reset=1&ItemID=13

AHRQ
http://www.hfwcny.org/Tools/Broadcaster/frontend/itemcontent.asp?reset=1&ItemID=13

Australie

Australian Commission on safety and quality in Healthcare (2009). *Guidebook for preventing falls and harm from falls in older people*, Australian Hospitals http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/Guidelines-COMM.pdf

Royaume-Uni

National Institute for Clinical Excellence (NICE) Clinical guideline 161. Fall: assessment and prevention of falls in older people. Juin 2013, 33 p. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14181/64088/64088.pdf

Patient safety first : *Falls*,
http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/interventions/falls/

ANNEXE 3. A) ANALYSE DES RAPPORTS DE CORONER

Le groupe d'experts a procédé à l'étude de **(384)** rapports de coroner parus de 2008 à 2010 impliquant des chutes. À notre connaissance, il n'y a pas de données comparables provenant d'autres rapports de coroner. Aucune balise n'est donc possible aux fins de comparaison.

Il a été constaté qu'à plusieurs reprises, le contenu des rapports de coroner était variable, notamment en ce qui concerne le type ou les noms des médicaments impliqués ainsi que l'information sur l'histoire de chute. Cependant, le contenu de certains rapports de coroner plus détaillés et précis nous a permis de constater des tendances ou des éléments communs nous permettant de faire des constats concernant cette tranche d'âge (75 ans et plus) et pouvant être appuyés par des études de recherche ou de la littérature récente en regard des chutes.

Dans cet échantillon, les constats suivants sont divisés en deux parties concernant les 75 ans et plus**,** soient les usagers hébergés en résidences privées, en CHSLD et en CH et les personnes vivant à domicile.

CONSTATS

L'échantillon comprend des personnes de 75 ans et plus demeurant dans une résidence privée, un CHSLD ou admises dans un centre hospitalier ainsi que des personnes vivant dans la communauté, qui sont décédées à la suite d'une chute.

Des 97 rapports étudiés des usagers hébergés subissant une chute fatale, 93 (96 %) de ceux-ci avaient 75 ans et plus. Il est à noter que les données retrouvées au dernier rapport semestriel du Registre national confirment que le plus grand nombre de chutes surviennent en effet, dans ce groupe d'âge.

Parmi les personnes vivant à domicile, 124 furent étudiées.

L'âge moyen des usagers ayant fait une chute fatale est de :

- 87 ans pour la clientèle hébergée en CHSLD et également pour celle admise en CH;
- 92 ans pour la clientèle en milieu de résidence privée;
- 81 ans pour la clientèle vivant à domicile.

Sexe des chuteurs :

- Dans l'échantillon étudié, les hommes et femmes sont représentés de façon à peu près égale (annexe 3 b), sauf dans les résidences privées où la proportion de femmes est nettement plus élevée (85 %).

Documentation de l'histoire :

- Les coroners documentent peu l'histoire de chute : celle-ci n'est mentionnée que dans 23,6 % (22/93) des rapports des 75 ans et plus hébergés et dans 10 % des rapports de personnes demeurant à domicile.

Diagnostic de démence :

- La prévalence de la démence est plus élevée chez la clientèle hébergée (40,8 %) par rapport à (4 %) pour la clientèle demeurant dans la communauté. Dans les deux cas, ce taux est plus faible que ce qu'on retrouve dans la littérature. Il se peut que les atteintes cognitives n'étaient pas assez significatives pour compromettre la sécurité des clients ou que cela n'ait pas toujours fait l'objet d'un diagnostic par le médecin.

Quart de travail où les chutes se sont produites :

- les chutes chez les personnes hébergées en CHSLD surviennent plutôt le soir, suivies par le quart de travail de nuit;
- en résidences privées, les chutes surviennent davantage au quart de travail de nuit suivi de près par le quart de soir;
- les chutes survenues en milieu hospitalier se produisaient plutôt sur le quart de jour. Cette donnée en milieu hospitalier est un peu surprenante, car les effectifs sont plus élevés le jour, comparativement aux autres quarts de travail;
- lorsque l'heure de la chute était mentionnée, il a été constaté que ces chutes fatales avaient lieu au changement de quart de travail ou lors des repas. Le niveau de surveillance a-t-il été maintenu pour les usagers considérés comme à risque de chute pendant ces intervalles? Quels sont les mécanismes de remplacement/communication pour le personnel lors de cette période (changement de quart de travail, repas des employés et pauses dans les unités de soins.)

Lieu des chutes :

- 32,3 % des chutes impliquant les clients en CH, en CHSLD et résidences privées se sont produites dans la chambre de l'usager, qui tentait de se rendre aux toilettes dans la majorité des cas et 8,6 % des chutes sont survenues dans la salle de bain de l'usager.
- En ce qui a trait aux clients vivant à domicile, 39,5 % des chutes se sont produites dans les escaliers de leur domicile et 5,6 % avaient fait une chute d'une échelle ou d'un escabeau.
- La catégorie « autres », lorsque cette information était notée au rapport du coroner, concernait deux chutes survenues à l'extérieur sur la glace. Une autre chute impliquait une personne de 81 ans sur son VTT; d'autres, une chute d'un balcon ou dans des entrées de centres commerciaux.

Type de blessures :

- Les traumatismes crâniens (majoritairement les hématomes sous-duraux) sont les blessures les plus fréquentes, pour un total de 48,4 % (45/93) pour la clientèle admise en centre hospitalier, en CHSLD et pour celle demeurant en résidence privée. Selon les données de l'INSPQ (2012), 3 607 hospitalisations attribuables à un traumatisme crânien ont été répertoriées pour l'année 2009, les taux atteignent leur plus haut niveau chez les personnes âgées de 85 ans et plus. De 2007 à 2009, les chutes ont constitué la principale cause (55 %) d'hospitalisation attribuable à un traumatisme crânien.
- En ce qui concerne les personnes demeurant à domicile, la cause ayant entraîné le décès était dans 78,2 % (97/124) des cas un traumatisme crânien. Les personnes âgées sont plus sujettes à subir un hématome sous-dural et une hémorragie sous-arachnoïdienne, selon les études de résultats de tomodensitométries (Karnath, 2004).
- Dans cet échantillon, les fractures de la hanche comme cause de décès à la suite d'une chute ne représentent que 26,8 % (25/93) pour la clientèle en CH, en CHSLD et en résidences privées et de l'ordre de 6,5 % (8/124) pour les personnes demeurant à domicile. Nous pensons que ce nombre représente une sous-estimation des décès par fracture de la hanche pour cette tranche d'âge, car les décès à la suite de fractures peuvent survenir tardivement et être causés par des conséquences des fractures qui ne

sont pas toujours reconnues comme telles. Selon une étude récente, le taux de mortalité dans les 30 jours suivant une fracture de la hanche se situe à 9 %. Toutefois, ce taux peut augmenter jusqu'à 65 % si un patient présente une insuffisance cardiaque (Pollack Md, 2013).

- Les autres blessures (fracture costale, pelvienne ou vertébrale) sont de 16 % (15/93) pour les personnes hébergées et de 15,3 % (19/124) pour les personnes demeurant à domicile.

Médication :

- il est difficile d'arriver à un constat ou à des constats, car il y a un manque d'information;
- pour ce qui est de la prise des anticoagulants, elle est rapportée par les coroners dans 12 % des dossiers d'usagers hospitalisés ou hébergés comparativement à 14,5 % pour la clientèle à domicile;
- l'analyse de cet échantillon nous porte à croire que le renversement de l'anticoagulothérapie n'est pas toujours entrepris dès l'identification d'un traumatisme crânien ou d'un traumatisme sévère autre chez la clientèle anticoagulée. Seulement deux personnes anticoagulées dans la catégorie vivant à domicile ont eu un protocole de renversement, dont une qui était âgée de 92 ans et qui a été admise dans un centre hospitalier en région. Pourtant, il est connu qu'il y a une baisse de taux de 75 % de la mortalité à la suite d'une hémorragie intracrânienne chez les personnes âgées anticoagulées à la suite de l'application de ce protocole.

Intervention lors d'un traumatisme crânien :

a) Tomodensitométrie

- Lorsque ces données étaient documentées, le taux d'utilisation d'une tomodensitométrie pour les usagers admis en milieu hospitalier n'était que de 23 %, comparativement à 30,7 %, pour les usagers hébergés en CHSLD, de 46 % pour celles qui vivaient en résidence privée et finalement de 45,4 % pour la clientèle vivant à domicile.

b) interventions neurochirurgicales

- Dans cet échantillon, aucune personne admise en centre hospitalier provenant d'un CHSLD n'a subi une craniotomie. Seulement (2 %) de la clientèle provenant d'un milieu de résidence privée a subi une craniotomie, comparativement à (16 %) de la clientèle vivant dans la communauté.

c) Transfert en centre hospitalier spécialisé pour les personnes ayant subi des traumatismes crâniens compliqués d'hémorragies

- Dans cet échantillon, pour la clientèle provenant d'un milieu d'hébergement, il y avait un taux de 6,6 % de transfert vers un centre hospitalier spécialisé à partir de l'urgence où l'admission a eu lieu. Ce taux de transfert grimpait à 11,3 % pour les personnes provenant de la communauté.
- Les données recueillies ne permettent pas de conclure, mais il y a peut-être lieu de pousser la réflexion en ce qui a trait à la prise en charge à l'urgence des usagers de plus de 75 ans ayant subi un trauma crânien.

Autres constats :

Altercations entre résidents :

Dans l'échantillon étudié, trois décès sont survenus à la suite d'une agression entre usagers hébergés, dont deux chez les 75 et plus et l'autre, dans le groupe des 65 à 74 ans (annexe 3b). Malgré ce petit nombre, il y a lieu de se préoccuper des décès qui surviennent à la suite d'altercations entre usagers atteints d'une démence et qui mènent à un *push-fall interaction* entraînant une chute fatale.

La variabilité des rapports de coroner :

- Les enquêtes du coroner ont, entre autres, une visée préventive. Elles ont le potentiel d'avoir un impact sur l'incidence des décès liés aux chutes, et ce, à travers le continuum de soins du domicile à l'hébergement.
- Les éléments de contenu des rapports de coroner pour les décès à la suite d'une chute varient dans l'échantillon (ex.: les antécédents médicaux ne sont pas toujours indiqués).
- Il n'a pas été possible de déterminer si la variabilité des données reflète le manque d'information provenant de l'organisation ou lors du processus d'enquête du coroner ou des deux situations.
- Les principales variables retenues actuellement dans la banque de données des coroners sont: l'âge, le sexe de la personne décédée, la cause de décès codifiée, le lieu du traumatisme, la municipalité de résidence du défunt et l'analyse toxicologique.
- Dans les rapports de coroner analysés à la suite de décès suivant une chute chez les 75 ans et plus (de 2008 à 2010), certains éléments importants ne sont pas toujours indiqués :

Éléments qu'il serait pertinent de voir dans un rapport de coroner suivant un décès par chute :

- Lieu et heure de la chute
- Activités ayant causé la chute
- Histoire de chute
- Quart de travail
- Diagnostic de démence/délirium
- Types de médicament (anti-hypertenseurs ,psychotropes, opiacés, anticoagulants)
- Polypharmacie (4 médicaments et plus)
- Identification des facteurs de risque de chute par le milieu
- Plan d'interventions en fonction du risque évalué
- Existence d'un programme de prévention des chutes
- Dépistage du risque de chute et des facteurs de risque
- Type d'évaluation post-chute
- Renversement de l'effet des anticoagulants
- Transfert vers un centre hospitalier spécialisé ou autres
- Tomodensitométrie
- Résultat de Glasgow
- Intervention neurochirurgicale
- Délai d'intervention
- Équipements en cause
- Utilisation d'une contention
- Suivi post-chutes
- Altercations entre résidents

L'aspect de la prévention des chutes dans la démarche du coroner pourrait être soutenu davantage par un cadre de référence, ce qui permettrait de mesurer comment les pratiques exemplaires sont appliquées.

L'uniformisation de la méthode d'évaluation et de l'analyse du coroner serait souhaitable afin d'être en mesure de dégager des tendances lors de décès. Ce qui pourrait assurer que les pratiques exemplaires peuvent être appliquées. Le groupe d'experts a préparé un questionnaire d'investigation à cet effet qui apparaît à l'annexe 3c).

Références

INSPQ, Gagné, M., Robitaille, Y., *Rapport sur l'évolution des hospitalisations attribuables aux traumatismes craniocérébraux (TCC) d'origine non intentionnelle au Québec*, 2012, 28 p.

Karnath, Bernard, « Subdural Hematoma: Presentation and Management in Older Adults », *Geriatrics*, 2004, vol. 59 n° 7, p. 18-25.

ANNEXE 3. B) TABLEAU DES DÉCÈS À LA SUITE D'UNE CHUTE (75 ANS ET PLUS)

FAITS SAILLANTS		CHSLD/ RÉSIDENCES PRIVÉES/CH	CH	CHSLD	RÉSIDENCES PRIVÉES	DOMICILE / EN COMMUNAUTÉ
Fréquence incidence des chutes fatales		95,9 %	16,1 %	40,8 %	43,0 %	43,2 %
Âge moyen		88,9 ans	87,4 ans	87,4 ans	92 ans	81,2 ans
Sexe (ratio)		F 61,3 % H 38,7 %	F : 46,6 % H : 53,3 %	F :42,1 % H : 57,8 %	F : 85 % H : 15 %	F : 47,6 % H : 52,4 %
Histoire de chute		23,6 %	3,2 %	12,9 %	7,5 %	10,2 %
Endroit	Chambre	32,3 %	Nb : 7	Nb : 8	Nb : 15	Escalier : 39,5 % Échelle : 5,6 %
	Salle de bain	8,6 %	0	Nb : 3	Nb : 5	
	Corridor	4,3 %	0	Nb : 4	0	
	Escalier	2,1 %	0	0	Nb : 2	
	Salon	0	0	0	Nb : 2	
Quart de travail (nombre)	Jour	17	5	4	8	Nil
	Soir	29	3	16	10	
	Nuit	19	1	7	11	
Type de blessure						
Traumatisme crânien		48,4 %	26,6 %	31,1 %	42,2 %	78 %
Fracture de la hanche		26,8 %	4 %	40 %	56 %	6,5 %
Autres : fractures costales, pelvienne		16 %	13,3 %	33,3 %	53,3 %	15,3 %
Diagnostic de démence		40,8 %	10,5 %	50 %	39,4 %	4 %
Clients anticoagulés		12 %	27,2 %	9 %	63,6%	14,5%
Nombre de tomodensitométries effectuées (hématome sous-dural)		28 %	23 %	30,7 %	46 %	45,4 %
Interventions neuro-chirurgicales		2 %	0	0	2,5 %	16 %
Renversement de l'anticoagulothérapie		0	0	0	0	3,2 %
Transfert vers un CH spécialisé		6,6 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	11,3 %
Altercation entre usagers		2,2 %	0	2,6 %	2,6 %	0

N. B : Comme les informations compilées sont incomplètes relativement à l'histoire de chute et aux médicaments, l'étendue de l'évaluation du dépistage de risque de ces éléments chez les 75 ans et plus est incomplète compte tenu du fait qu'il n'a pas été possible de relever les infos pertinentes dans les rapports de coroner.

ANNEXE 3. C) QUESTIONNAIRE D'INVESTIGATION POUR LES DÉCÈS SUIVANT UNE CHUTE CHEZ LES 75 ANS ET PLUS EN CH, CHSLD, RÉSIDENCE PRIVÉE AINSI QUE DANS LA COMMUNAUTÉ

Identification du patient : Nom du coroner :

Numéro de dossier : Date complétée :

Âge : Sexe : H ☐ F ☐

Éléments à considérer pour une investigation		Oui	Non	N/D*	N/D/R**	Commentaires
A.	**DIAGNOSTIC PRINCIPAL**	☐	☐	☐	☐	
B.	**DIAGNOSTIC SECONDAIRE** • diagnostic de démence ☐ • diagnostic de delirium ☐	☐	☐	☐	☐	
C.	**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX** ***COMORBIDITÉS :*** N. B. : Les 5 comorbidités les plus communes chez les hommes 75 ans et plus : diabète, insuffisance rénale, démence, insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire. Les 5 comorbidités les plus communes chez les femmes : diabète, insuffisance rénale, démence, ostéoporose, insuffisance cardiaque. Source : VU, Trang *et al. Patterns of comorbidity in community dwelling older people hospitalised for fall related injury: A cluster analyses*. BMJ Geriatrics, vol. 11, no 45, 2011, p. 2-10	☐	☐	☐	☐	
D.	Date d'admission (AAAA/MM/JJ) : Date du décès (AAAA/MM/JJ) :					
	Dans les 30 jours précédant l'admission, l'usager avait-il été hospitalisé dans un CH/CHU/CSSS?	☐	☐	☐	☐	

Éléments à considérer pour une investigation		Oui	Non	N/D*	N/D/R**	Commentaires
	Dans les 30 jours précédant l'admission, l'usager était-il résident d'une **résidence privée** ☐ ou d'un **CHSLD** ☐? Source : Krumholz, Harlan. *Post hospitalisation syndrome: An acquired, transient condition of generalized risk*, NEJM, vol. 368, no 2, janvier 2013, p. 100-103.	☐	☐	☐	☐	
	Unité où s'est produit l'accident : urgence ☐ soins critiques ☐ médecine ☐ chirurgicale ☐ URFI ☐ unité de soins palliatifs ☐ soins de longue durée ☐ autre ☐ (SVP décrire)	☐	☐	☐	☐	
E.	**Changement d'état de santé** dans les **24-48 heures précédant le décès?** (ex. : changement dans les signes vitaux, choc, IRA, IHA, sepsis ou autre) Source : *Recognising & responding to early signs of deterioration in hospitalised patients.* National Patient Safety Agency (UK), nov. 2007	☐	☐	☐	☐	
F.	**Nombre d'ordonnances actives** au moment du décès? ≤4 ☐ 5 à 9 ☐ ≥10 ☐ Source : *La prise de quatre médicaments et plus peu importe la classification des médicaments constitue un risque de chute en soi*. Pennsylvannia Patient Safety Authority, sept. 2012	☐	☐	☐	☐	

Éléments à considérer pour une investigation		Oui	Non	N/D*	N/D/R**	Commentaires
G.	**L'usager avait au moins une ordonnance(s) active(s) :** (cochez tout ce qui s'applique) • anticoagulant ☐ • antihypertenseurs ☐ • hypoglycémiants oraux ☐ • insuline ☐ • diurétique ☐ • opiacé ☐ • psychotropes ☐ SVP précisez le médicament et la posologie	☐	☐	☐	☐	
H.	Est-ce que de **nouvelles ordonnances** (nouveau médicament, changement de dose de médicament existant) ont été rédigées dans les **72 heures ou moins avant le décès**? Spécifiez lesquelles selon les catégories de médicaments indiqués dans le casier précédent.	☐	☐	☐	☐	
I.	Évaluation à l'admission : un Bilan comparatif des médicaments (BCM) a-t-il été effectué pour cet usager?	☐	☐	☐	☐	
	Est-ce que des écarts /divergences ont été constatés impliquant des **médicaments à haut risque**?	☐	☐	☐	☐	

Éléments à considérer pour une investigation		Oui	Non	N/D*	N/D/R**	Commentaires
J.	En consultant le rapport AH-223 ou autre document décrivant l'accident, indiquez les données suivantes qui feront parties de votre rapport d'investigation : • circonstance de la chute ☐ • heure de la chute ☐ • endroit ☐ • description de l'évènement ☐ • chute à répétitions (plus de 2 chutes) ☐ • équipement en cause ☐ • personnel impliqué en cause ☐ • environnement en cause ☐ • consulter section abus physique, si altercation contribuant à la chute ☐ • contentions en usage ☐	☐	☐	☐	☐	
K.	Évaluation du **risque de chute :** • usager identifié à risque de chute ☐ • facteurs de risque de chutes identifiés ☐ • historique des chutes avant admission ☐	☐	☐	☐	☐	
	Si usager dépisté à risque, y a-t-il un **plan d'interventions en prévention** des chutes?	☐	☐	☐	☐	
F.	**<u>Avant la chute ayant causé le décès</u>**, l'usager avait-il fait des chutes **avec ou sans conséquences** durant son hébergement/hospitalisation	☐	☐	☐	☐	
	Si oui, le plan d'interventions a-t-il été réévalué après la chute?	☐	☐	☐	☐	
G.	**Altercation entre usagers** S'agit-il d'une altercation entre	☐	☐	☐	☐	

Éléments à considérer pour une investigation		Oui	Non	N/D*	N/D/R**	Commentaires
	usagers? Ex. *Push-fall*					
H.	**<u>À domicile</u>**, est-ce que la personne décédée était connue : des corps policiers ☐ des ambulanciers ☐ du CLSC ☐ autre ☐?	☐	☐	☐	☐	
	Inscription à un programme de prévention des chutes (PIED, équiLIBRE, MARCHE, centre de jour, hôpital de jour)	☐	☐	☐	☐	
	Suivi par un médecin de famille?	☐	☐	☐	☐	
	Est-ce que la chute causant le décès s'est produite dans l'escalier? (à l'intérieur ou à l'extérieur)	☐	☐	☐	☐	
	Consommation d'alcool avant la chute causant le décès?	☐	☐	☐	☐	
I.	**Suspicion trauma crânien** *Il y a présomption de traumatisme crânien <u>en l'absence de témoin</u>* : est-ce que le personnel infirmier effectue un suivi approprié (ex : signes neuro, échelle de Glasgow, prises à des fréquences déterminées) Source : *Suivi du client post-chute* (document d'inspection professionnelle), OIIQ (révision janvier 2011)	☐	☐	☐	☐	
	Si transfert de l'usager d'un centre hospitalier vers un **centre hospitalier spécialisé,** quel a été le délai?	☐	☐	☐	☐	
	Est-ce qu'une tomodensitométrie (TDM) a été faite? Dans quel délai?	☐	☐	☐	☐	

Éléments à considérer pour une investigation		Oui	Non	N/D*	N/D/R**	Commentaires
	Est-ce qu'une décision a été prise pour une intervention neurochirurgicale? Source : Calland, James *et al. EAST Guidelines (Geriatric Trauma) Evidence-Based Flow Diagram. Trauma Acute Care Surgery* (2012), vol. 73, nº 5, 345-350	☐	☐	☐	☐	
J.	Quelles sont les conclusions de l'analyse faites par l'organisation?	☐	☐	☐	☐	
K.	Est-ce qu'il y a des leçons à apprendre pour l'organisation, à la suite de ce décès?	☐	☐	☐	☐	
L.	Quelles sont les mesures correctives/plan d'action que l'organisation a mis en place?	☐	☐	☐	☐	

ANNEXE 4. TAUX DE CONFORMITÉ DE LA POR SUR LES CHUTES (AGRÉMENT CANADA)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a exigé que tous les services de santé et les services sociaux soient inscrits à un programme d'agrément par un organisme reconnu par le Ministère. L'établissement doit aussi s'assurer de maintenir cet agrément en tout temps (Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2). Agrément Canada compte 307 établissements de la province de Québec dans son programme d'agrément.

Pratique organisationnelle requise (POR) : prévention des chutes

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques fondées sur des données probantes qui réduisent les risques et contribuent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services de santé. En 2003, Agrément Canada a formé le Comité consultatif sur la sécurité des patients pour définir les aspects du programme d'agrément liés à la sécurité des patients. Cela a entraîné l'adoption d'une stratégie reposant sur les POR qui a permis de déterminer les secteurs prioritaires et d'intégrer les premières POR au programme d'agrément en 2006.

Un processus structuré oriente la conception des POR et inclut : 1) l'identification des secteurs à priorité élevée qui posent un risque pour la sécurité des clients/usagers; 2) une revue de la littérature à la recherche de données probantes ainsi qu'une étude du milieu pour déterminer les risques et identifier les meilleures pratiques; 3) consultation auprès des experts; 4) consultation nationale; 5) validation par le Comité consultatif du programme d'agrément; 6) mise en œuvre de la POR; et 7) révision et mise à jour.

La POR concernant la prévention des chutes a été conçue et mise en œuvre en 2008. Elle est nommée « Stratégie de prévention des chutes ». Cette POR figure dans la catégorie « Évaluation des risques ». La POR comprend cinq tests de conformité. Tous les tests de conformité doivent être évalués pour que la POR soit considérée comme étant conforme.

L'énoncé général de la POR est le suivant :

L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.

Les tests de conformité qui accompagnent l'énoncé sont les suivants :

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

Constats au sujet de la POR sur la prévention des chutes :

1.1 La POR sur la prévention des chutes devrait exiger que la stratégie utilisée par l'établissement s'appuie sur des données probantes.

1.2 La POR devrait exiger un suivi des indicateurs liés aux chutes.

Les normes

Au Canada, l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant !* a désigné la prévention des chutes comme une priorité en matière de sécurité. La réduction des chutes et des blessures qui en résultent peut améliorer la qualité de vie des clients et réduire les coûts associés aux blessures graves dues à des chutes

La POR sur la prévention des chutes est intégrée dans 22 normes de services (tableau 1).

Tableau 1. Normes dans lesquelles se trouve la pratique organisationnelle requise (POR) « Stratégie de prévention des chutes »

Normes
Laboratoire d'imagerie médicale
Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer
Normes sur les services de soin primaire intégré des Autochtones
Résidences pour personnes âgées
Santé et bien-être des communautés autochtones
Services d'imagerie diagnostique
Services d'obstétrique
Services de chirurgie
Services de médecine
Services de réadaptation
Services de réadaptation offerts aux personnes atteintes d'une lésion médullaire
Services de santé du Service correctionnel du Canada
Services de santé en milieu correctionnel provincial
Service de santé mentale

Constats au sujet des normes de services et de l'intégration de la POR sur la prévention des chutes

La POR sur la prévention des chutes d'Agrément Canada ne s'applique pas au service des urgences. C'est pourquoi le groupe d'experts propose que les normes portant sur les services des urgences incluent la POR sur la prévention des chutes.

Conformité avec la POR sur la prévention des chutes

Depuis l'introduction de la POR au programme d'agrément en 2008, le taux de conformité à sa mise en œuvre d'une stratégie de prévention des chutes est à la hausse (tableau 2).

Tableau 2. Taux de conformité avec la pratique organisationnelle requise « Stratégie de prévention des chutes »

Stratégie de prévention des chutes	But en matière de sécurité	Taux de conformité en 2012			
		2008	2009	2010	2011
Mettre en œuvre une stratégie de prévention des chutes	Évaluation des risques	42 %	70 %	69 %	75 %

En 2012, les établissements participent à leur deuxième visite d'agrément avec le programme Qmentum. Des améliorations sont notées quant à la conformité à la POR sur la prévention des chutes, mais des améliorations sont encore indiquées pour certains secteurs spécifiques.

Tableau 3. Taux de conformité, POR sur la prévention des chutes, Québec et Canada

Stratégie de prévention des chutes	But en matière de sécurité	Taux de conformité en 2012			
		Canada (n = 277)	Québec (tous les secteurs) (n = 65)	CSSS (n = 20)	Soins de courte durée (n = 6)
Mettre en œuvre une stratégie de prévention des chutes	Évaluation des risques	80 %	74 %	70 %	75 %

Constats au sujet du taux de conformité à la POR sur la prévention des chutes

Le taux de conformité pour le Québec dans tous les secteurs est inférieur à 80 %, ce qui indique un point sujet à amélioration.

Tableau 4. Taux de conformité par secteur

Stratégie de prévention des chutes	Taux de conformité en 2012
Soins et soutien à domicile	67 %
Soins de longue durée	76 %
Médecine	71 %
Santé Mentale	80 %
Obstétrique	75 %
Chirurgie	69 %

Constats au sujet du taux de conformité à la POR sur la prévention des chutes

Les taux de conformité pour le Québec sont inférieurs à 80 % dans tous les secteurs sauf le secteur de la santé mentale. Pour Agrément Canada, un taux de conformité inférieur à 80 % indique un point sujet à amélioration.

Tableau 5. Taux de conformité en soins de longue durée

Stratégie de prévention des chutes	But en matière de sécurité	Taux de conformité en 2012				
		Canada (n = 86)	Tous (n = 20)	Privé (n = 3)	Privé conventionné (n = 13)	Public (n = 3)
Mettre en œuvre une stratégie de prévention des chutes	Évaluation des risques	92 %	86 %	60 %	87 %	100 %

Constats au sujet du taux de conformité à la POR sur la prévention des chutes en soins de longue durée

Le taux de conformité pour le Québec dans le secteur privé est inférieur à 75 %, ce qui indique un point sujet à amélioration.

Constat général au sujet du programme d'agrément

1.1 Il devrait y avoir collaboration et partage de documents et de rapports entre les organismes responsables du programme de visites ministérielles et du programme d'agrément afin d'intégrer la culture d'amélioration de la qualité de façon continue dans les établissements de santé au Québec.

1.2 Le programme d'agrément devrait inclure l'approche adaptée aux personnes âgées dans les normes qui touchent les centres hospitaliers afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux personnes âgées en milieu hospitalier.

ANNEXE 5. ANALYSE DES PROGRAMMES ET GRILLE D'ÉVALUATION DES PROGRAMMES AVEC LES RÉSULTATS

Une analyse de programmes de prévention des chutes dans les établissements de soins du Québec a été effectuée de novembre 2013 à janvier 2014. Pour ce faire, 27 établissements choisis au hasard ont été mis à contribution. L'échantillonnage s'est fait dans les régions suivantes :

Bas–Saint-Laurent	Capitale nationale	Estrie
Saguenay–Lac Saint-Jean	Mauricie et Centre du Québec	Montréal
Outaouais	Côte Nord	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
Abitibi-Témiscamingue	Nord du Québec	Chaudières-Appalaches
Laval	Laurentides	Montérégie
Lanaudière		

Les programmes ont été évalués selon la grille ci-dessous, basée sur le National Clearinghouse/AHRQ (Gray-Micelli *et al.*, 2012) et la trousse de départ pour la prévention des chutes de l'ICSP.

	CSSS	**CH**	**CHSLD**	**Total**
Nombre d'établissements	17	5	5	27
Présence d'un programme de prévention des chutes	17	3	5	25
Date de publication	Entre 2008 et 2013	1999, 2008 et 2012	2011-2012	
Les programmes indiquent tous de manière générale l'énoncé de la problématique et les objectifs de prévention des chutes et des blessures liées aux chutes. Peu décrivent leur contexte de pratique de façon spécifique (urgences, unités de soins avec différentes missions, cliniques externe, etc.).				
LA DESCRIPTION DU CONTEXTE	CSSS	CH	CHSLD	Total
Programmes utilisés du MSSS				
PIED	10			10
Marche	1			1
IMP	9			9
L'ÉNONCÉ DE LA PROBLÉMATIQUE	Données générales présentes dans tous les programmes			
LES OBJECTIFS				
LES DÉFINITIONS (chutes, quasi chute, etc.)				
8 programmes n'ont aucune définition. Le mot « chute » est défini pour 19 programmes mais avec des définitions variables. Les autres définitions sont pour : risques de chute, syndrome post-chute et quasi-chute.				
LES UTILISATEURS CIBLÉS				
Les utilisateurs ciblés par les programmes sont très variables. Certains programmes sont soins infirmiers ou soins infirmiers et réadaptation. Peu tiennent compte de tous les titres d'emploi ou secteurs d'activités. Certains programmes ne donnent même aucun rôle au médecin. Enfin, on met beaucoup l'accent sur les équipes cliniques mais peu sur les équipes de gestion.				
Interdisciplinarité	CSSS	CH	CHSLD	Total
➢ Incluant les rôles et responsabilités des infirmières, infirmières auxiliaires, PAB, ergo, physio, nutritionnistes, pharmaciens, médecins,	7	0	2	9

	CSSS	CH	CHSLD	Total
TS				
➢ Incluant les soins infirmiers et la réadaptation seulement	9	3	2	14
➢ Non identifié	1	0	0	1

		CSSS	CH	CHSLD	
POPULATION VISÉE		**Personnes âgées**	**Clientèle hospitalisée**	**Toute la popula-tion**	
Un ou deux programmes font mention des cliniques externes. Aucun centre hospitalier ne fait de nuance selon la mission des unités de soins médicaux ou de chirurgie. Seulement 5 programmes mentionnent l'urgence comme secteur susceptible d'avoir une clientèle à risque.					
FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE					
Tous les programmes comprennent une liste de facteurs de risque qui sont reconnus dans la littérature. Peu distinguent les facteurs selon les clientèles à domicile, hospitalisée ou hébergée.					
ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE		**CSSS**	**CH**	**CHSLD**	**Total**
	Morse	7	1		8
❖ Il peut exister plus d'un outil	Stratify	1			1
par établissement	Scott	1			1
	Francoeur	2	1	3	6
	Voyer/Berryman	1	1		2
	Allard	1			1
	Gingras-Lindsay	1			1
	Prisma-7	2			2
	Grille « maison »	3		2	5
ACTIVITÉS DU PROGRAMME		**CSSS**	**CH**	**CHSLD**	**Total**
Interventions primaires		15	2	5	22
Interventions secondaires		16	3	5	24
Interventions tertiaires		13	2	5	20
COMMUNICATION		**CSSS**	**CH**	**CHSLD**	**Total**
Beaucoup de programmes comportent plusieurs formulaires d'évaluation disciplinaire (ergothérapie, physiothérapie, soins infirmiers). Cependant, peu de programmes font état des modalités de communication et des modalités de documentation des risques, des interventions et des suivis.					
Communication interprofessionnelle					
Tenue de dossier					
Information au patient		10	2	2	14
IMPLANTATION		**CSSS**	**CH**	**CHSLD**	**Total**
Seulement le tiers des programmes incluent les modalités d'implantation et de formation.					
Rôles et responsabilités des directions		3	1	2	6
Modalités d'implantation		6	0	2	8
Rôle et responsabilité					
Stratégies de déploiement					
Mécanisme de transfert de connaissances (formation)					
Méthodes d'accompagnement et suivi		3	2	1	6
ÉVALUATION		**CSSS**	**CH**	**CHSLD**	**Total**
Indicateurs utilisés:					
Taux de chute		7	2	1	10
Ratio de chutes avec blessure		7	0	2	9

	CSSS	CH	CHSLD	
POPULATION VISÉE	**Personnes âgées**	**Clientèle hospitalisée**	**Toute la popula-tion**	
Taux de contention	3	1	2	6
Dépistage à l'admission	8	2	2	12
Dépistage au changement de condition	3	0	1	4
Plans d'intervention individualisés	6	1	0	7

ÉVALUATION	**CSSS**	**CH**	**CHSLD**	**Total**
Il est étonnant de voir le faible pourcentage d'utilisation d'indicateurs. Moins de la moitié des programmes ont des modes d'évaluation. Il y a également une grande variabilité dans la façon de mesurer lorsqu'il y a des indicateurs.				
Audits	6	1	1	8
Analyse rétrospective	0	0	0	0
Présence d'une bibliographie	13	2	2	17

ANNEXE 6. ANALYSE DU REGISTRE NATIONAL

Tableau 1. Évolution des données sur les chutes issues des rapports du Registre National

DONNÉES CHUTES	1er rapport 1er avril 2011 – 30 sept. 2011	2e rapport 1er oct. 2011 – 31 mars 2012	3 1er avril 2012 - 30 sept 2012	4e rapport 1er oct. 2012 - 31 mars 2013	5e rapport 1er avril 2013 - 30 sept 2013	MOYENNE
Chutes	62 737	77 739	78 045	73 276	76 367	73 632
% de déclaration	35 %	34,5 %	33,9 %	33,79 %	33,55 %	34 %
Trouvé par terre	ND	51,53 %	51,4 %	51,48 %	49,27 %	51
En circulant	ND	22,19 %	22,4 %	22,09 %	23,44 %	22
CONSÉQUENCE G = conséquences permanentes	56	102	70	81	73	76
CONSÉQUENCE H = intervention pour maintenir la vie	3	7	5	2	7	5
CONSÉQUENCE I = mort de la personne	24	73	54	56	60	53

Le Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux (RNIASSSS) est un système d'information qui permet de suivre l'évolution des évènements indésirables qui surviennent au cours de la prestation des soins de santé et des services sociaux à l'échelle provinciale. Le RNIASSSS puise ses données des registres locaux que les établissements constituent en enregistrant, dans le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), les données recueillies au moyen du « Rapport de déclaration » (formulaire AH-223).

Depuis que le RNIASSSS est constitué, le MSSS a produit cinq rapports semestriels faisant état des évènements indésirables qui y ont été enregistrés (tableau 1).

Dans le cadre de notre démarche, nous avons fait l'analyse de chaque rapport afin de vérifier si certaines constantes pouvaient être dégagées.

- Parmi les quelques 30 types d'évènements indésirables qu'il est possible d'identifier, les chutes constituent le principal évènement à survenir pendant la prestation des soins et services. Pour l'ensemble de la période couverte par les rapports, elles ont représenté 34,1 % des évènements indésirables déclarés.
- Les chutes se rangent au premier rang des évènements indésirables menant à des conséquences graves (niveaux de gravité G et H) ou au décès de la personne touchée (niveau de gravité I).
- Les personnes âgées (65 ans et plus) forment le groupe le plus touché par les évènements indésirables et par les chutes. Pour chaque période, elles sont impliquées

dans près de 65 % des évènements indésirables et dans près de 80 % des chutes déclarées.

- Parmi les personnes âgées, le groupe des 75 ans et plus est tout particulièrement touché; 83 % des personnes âgées impliquées dans les chutes déclarées appartiennent à ce groupe d'âge.
- La moitié des personnes ayant chuté ont été trouvées par terre. Près de 20 % des chutes surviennent alors que l'usager circule. Les chutes impliquant le lit, le fauteuil, la toilette apparaissent moins fréquentes que les chutes faites en circulant.
- Puisque les évènements indésirables se produisent surtout dans les CH et les CHSLD, notre comité estime que les chutes chez les personnes âgées ont principalement lieu dans ces deux types d'établissements.
- Les possibilités d'exploiter les données du RNIASSSS pour en extraire des tendances nationales sont plus limitées que les possibilités qu'ont les établissements au niveau local. Ainsi, il nous a été impossible de connaître les endroits les plus propices aux chutes (chambre, salle de bain, etc.) et les heures où chutes sont fréquentes.

Tableau 2 : Précisions sur les chutes, données issues des rapports du Registre National

	1er rapport	2e rapport	3e rapport	4e rapport	5e rapport	Total
Évènements	179 011	225 642	219 234	216 854	227 597	1 068 338
Nb de chutes	62 737	77 739	74 213	73 276	76 367	364 332
% de chutes	35,0 %	34,5 %	33,9 %	33,8 %	33,6 %	34,1 %
0-18 ans	1 293	1 642	1 633	1 262	1 437	7 267
19-44 ans	1 863	2 349	2 309	2 165	2 259	10 945
45-64 ans	7 278	9 068	8 496	8 056	8 508	41 406
65-74 ans	8 761	10 758	9 949	10 447	11 145	51 060
75 ans et plus	40 949	50 996	49 021	48 465	50 539	239 970
Âge inconnu	2 805	2 926	2 805	2 881	2 479	13 896
% de 65 ans et plus	79,2 %	79,4 %	79,5 %	80,4 %	80,8 %	79,9 %
% de 75 ans et plus	65,3 %	65,6 %	66,1 %	66,1 %	66,2 %	65,9 %
% de 75 ans et plus / total personnes âgées	82,4 %	82,6 %	83,1 %	82,3 %	81,9 %	82,5 %
Gravité G	56	102	70	81	73	382
Gravité H	3	7	5	2	7	24
Gravité I	24	73	54	56	60	267
Trouvé par terre	ND	51,5 %	51,4 %	51,5 %	49,3 %	50,9 %
En circulant	ND	22,2 %	22,4 %	22,1 %	23,4 %	22,5 %

Tableau 3 : Répartition des chutes selon l'âge des usagers, données issues des rapports du Registre National

Âge inconnu	13 896
0-18 ans	7 267
19-44 ans	10 945
45-64 ans	41 406
65 ans et plus	291 030
65-74 ans	51 060
75 ans et plus	239 970

Le groupe d'experts, compte tenu de l'ampleur du phénomène des chutes avec l'explication « trouvé par terre », insiste sur l'importance de bien documenter les circonstances entourant les chutes, notamment l'environnement, les équipements en cause, le lieu, l'heure et les indices qui permettent de « reconstituer la scène » et ainsi de déduire la cause de la chute.

Ceci étant dit, bien que la catégorie des chutes avec personnes « trouvées par terre » puisse dissimuler différentes circonstances de chutes et des situations qui ne sont pas attribuables à une chute (par exemple, effondrement lié à un infarctus, individu se mettant volontairement au sol, etc.), le groupe d'experts estime que l'ampleur de cette catégorie révèle une information importante : les chutes ont principalement lieu en l'absence de personnel. À cet égard, nous soutenons que modifier et/ou augmenter la surveillance et l'assistance offerte aux usagers à risque de chutes, par la présence d'intervenants de proximité ainsi que par l'amélioration des délais de réponses aux cloches d'appel, pourrait être une clé pour réduire les chutes en établissement.

Il est dommage que les paramètres actuels du RNIASSSS ne permettent pas de connaître les principaux lieux de chutes (salle de bain, chambre, etc.) ni d'identifier plus précisément les circonstances des chutes (par exemple, chute associée à un déplacement vers un lieu ou pour répondre à un besoin particulier). Le groupe d'experts aurait apprécié de pouvoir corroborer un des constats de l'analyse des rapports de coroner et de la revue de littérature, soit que les chutes en établissements sont souvent reliées au besoin de se rendre à la salle de bain. De même, il aurait souhaité vérifier si la majorité des chutes en établissement de soins de longue durée surviennent dans la chambre et dans la salle de bain. Le groupe d'experts espère que ces informations sont compilées par les établissements et qu'ils s'en servent pour améliorer leurs efforts de prévention en matière de chutes.

Le groupe d'experts soutient le MSSS dans ses efforts d'amélioration de la déclaration AH-223, du SISSS et du RNIASSSS. Il est aussi d'avis que les modifications apportées au printemps 2014 permettront de repousser les limites actuelles du système. Il serait intéressant que les prochaines améliorations au SISSS et au RNIASSSS permettent de mettre en relation différentes bases de données. En outre, il serait intéressant de vérifier l'existence de liens entre les profils ISO-SMAF et les chutes. Le plus grand défi pour les programmes de prévention des chutes consiste en la mise en œuvre et l'application des connaissances acquises.

ANNEXE 7. SONDAGE AUPRÈS DES GESTIONNAIRES DE RISQUES

Les objectifs du sondage sont :

1. identifier les méthodes d'analyse utilisées par les gestionnaires de risques;
2. identifier les indicateurs utilisés pour mesurer les chutes;
3. identifier les leviers pour réduire les chutes.

Le sondage a été adressé aux membres du RACQ (Réseau pour l'amélioration continue de la qualité)

165 membres en tout au RACQ;

99 membres ont répondu au sondage (taux de participation de 60 %);

42 questionnaires incomplets ont été rejetés;

57 questionnaires complets (taux de réponse de 34,5 %).

Résumé des constats : Des Chiffres qui parlent...

72 % le formulaire AH-223-1 est envoyé à la direction ou au service concerné;

54 % des gestionnaires utilisent le formulaire AH-223-2;

35 % des gestionnaires de risques utilisent le formulaire AH-223-2 à partir du niveau **E2;**

51 % utilisent la méthode d'analyse concise;

67 % utilisent l'analyse exhaustive;

67 % utilisent l'analyse d'incidents multiples;

42 % qualifient de BONNES les améliorations apportées à la problématique des chutes;

31,6 % qualifient de MOYENNES les améliorations apportées à la problématique des chutes;

12,3 % qualifient de TRÈS BONNES les améliorations apportées à la problématique des chutes;

14,1 % Pas de réponse;

49 % croient que l'instance privilégiée pour assurer le suivi des recommandations est le comité de gestion de risques;

16 % croient que le suivi des recommandations est « très peu fréquemment » utilisé dans la majorité des missions;

21 % croient que les audits, la surveillance et les observations sont privilégiés comme moyens de mesure par les gestionnaires de risques;

19 % n'ont pas d'activités de mesure de l'efficacité des recommandations;

31,5 % n'ont pas d'activités d'évaluation;

70 % disposent d'un tableau de bord en gestion des risques.

Près de la *moitié* des répondants ont répondu qu'il y avait des obstacles majeurs; les voici en ordre décroissant d'importance :

1. manque de disponibilité et manque de temps;
2. surcharge de travail et une augmentation dans le volume d'activité;

3. manque de collaboration (par exemple, du corps médical et des gestionnaires) lors de l'analyse;
4. manque de connaissances de la part des gestionnaires cadres au sujet des divers modèles d'analyse;
5. manque d'implication des gestionnaires cadres et du personnel aux unités de soin;
6. la qualité des analyses, comme celles faites par les gestionnaires cadres, pourrait être améliorée.

Voici les leviers pouvant permettre de diminuer le nombre de chutes (en ordre décroissant) :

1. programme de prévention des chutes;
2. plans d'interventions pour l'usager à risque;
3. analyse et vigilance des chutes;
4. suivi post-chute;
5. formation sur les pratiques exemplaires;
6. comité sur la prévention des chutes;
7. implication interdisciplinaire;
8. implication des usagers et des familles.

Résultats

Tableau des caractéristiques des répondants :

	CSSS avec hôpital	**CSSS sans hôpital**	**Hôpital**	**CHSLD**	**CRDITED**	**CRDP**
Répondants par mission	16 (28 %)	11 (19 %)	14 (25 %)	9 (16 %)	4 (7 %)	3 (5 %)
Moyenne de population desservie	68 000	134 528				
Nombre moyen de lits	153	364	555	302		

Tableau sommaire des résultats du sondage de gestionnaire de risques

	CSSS avec hôpital	CSSS sans hôpital	Hôpital	CHSLD	CRDITED	CRDP	Total
1. Est-ce qu'une analyse sommaire (section 10-12 du formulaire) est complétée pour chaque déclaration AH-223 reçue ?							
Oui	14	11	13	8	4	3	93 %
Non	2		1	1			7 %
2. Est-ce que le formulaire est envoyé à la direction ou au service concerné ?							
Oui	12	8	9	7	4	1	72 %
Non	4	3	4	1		2	24,5 %
Pas précisé			1	1			3,5 %
3. Est-ce que la personne qui complète l'analyse sommaire (sections 10-12) est responsable du suivi ?							
Dans tous les cas	10	8	12	3	2	3	66,7 %
Dans certains cas	6	3	2	5	1		29,8 %
Non					1		1,8 %
Pas précisé				1			1,8 %
4. Est-ce que vous faites une analyse de l'ensemble des mesures de prévention de la récurrence des évènements de même type déclarés ?							
Par direction	1		2			1	7 %
Par programme	2	2	1		1		10,5 %
Par unité de soin ou secteur	4	1	3	3	1		21 %
Par unité de soin/secteur et par programme	4	2	5	1	1	1	24,5 %
Par unité de soin ou secteur et par direction	3	2		1	1		12 %
Pas précisé	1	4	3	4		1	21 %
5. Est-ce que vous utilisez le formulaire Rapport d'analyse d'incident ou d'accident AH-223-2 ?							
Oui	9	9	5	5	2	1	54 %
Non	7	2	9	3	2	2	42 %
Pas précisé				1			2 %
6. Pour quels niveaux de gravité utilisez-vous le formulaire Rapport d'analyse d'incident ou d'accident AH-223-2 ?							
Niveau A				1			1,8 %
Niveau B				1			1,8 %
Niveau C				1			1,8 %
Niveau D				1			1,8 %
Niveau E1	1	1	1	2	1		10.5%
Niveau E2	6	3	5	4	1	1	35 %
Niveau F	9	8	6	2	1	1	47 %
Niveau G	8	5	9	2	1	1	47 %
Niveau H	8	5	9	2	1	1	47 %
Niveau I	8	5	9	2	1	1	47 %

	CSSS avec hôpital	CSSS sans hôpital	Hôpital	CHSLD	CRDITED	CRDP	Total
7. Utilisez-vous l'analyse concise ?							
Oui	10	4	8	4	2	1	51 %
Non	6	6	4	4	2	2	42 %
Pas précisé		1	2	1			7 %
8. Quel outil d'analyse des causes ou des facteurs contributifs utilisez-vous ?							
Causes souches	4	3	5	1		1	25 %
Graphique de constellation	1				1		3,6 %
Graphique de constellation et graphique en arbre				1			1,8 %
Graphique de constellation, Ishikawa et causes souches				1			1,8 %
Graphique en arbre et Ishikawa			1				1,8 %
Graphique en arbre, Ishikawa et causes souches	1	1	1				5 %
Ishikawa	4		1	1	1		12,5 %
Ishikawa et causes souches	3	3	2	1	1		17,9 %
Pas précisé	3	3	4	4	1	1	28,6 %
Autres		1				1	3,6 %
9. Faites-vous une analyse exhaustive ?							
Oui	13	5	9	7	2	2	67 %
Non	2	5	3	1	2		23 %
Pas précisé		1	1	1			5 %
Sans objet	1		1			1	5 %
10. Faites-vous une analyse d'incidence multiple ?							
Oui	13	5	9	7	2	2	67 %
Non	2		2	4	2		17,5 %
Pas précisé		1	2	1			7 %
Sans objet	3		4	1		1	17,5 %
11. Suite à cette analyse, vous considérez les améliorations qui en découlent comme…							
Bonnes	8	2	5	6	3		42 %
Moyennes	8	4	5		1		31,6 %
Très bonnes		1	3	1		2	12,3 %
Pas précisé		4	1	2		1	14,1 %
12. Quels sont les indicateurs que vous utilisez ?							
	CSSS avec hôpital	**CSSS avec hôpital**	**Hôpital**	**CHSLD**	**CRDITED**	**CRDP**	
Utilisent des indicateurs précis	14	7	9	7	4	2	75 %
Pas précisé	3	3	5	2		1	25 %

	CSSS avec hôpital	CSSS sans hôpital	Hôpital	CHSLD	CRDITED	CRDP	Total
Indicateurs mentionnés par des répondants	**CSSS avec hôpital**	Nombre de chutes par type, nombre de chutes par gravité, taux de déclaration, nombre de chutes par unité, nombre de chutes par mission, nombre de chutes par site, nombre de grand chuteurs, taux de chute pour 1000 jours présences, nombre de chutes, mesures préventives.					
	CSSS sans hôpital	Nombre de chutes par période, nombre de chutes par installation, nombre de chutes par unité, nombre de chutes par usager, nombre de chutes par type, total des chutes par catégorie et par période ciblée. Un commentaire : Aucun, car il n'y en a pas de fiable.					
	Hôpital	Taux pour 1000 jours présence, nombre de chutes, nombre de chutes pour 1000 jours présences.					
	CHSLD	Taux pour 1000 jours présences, taux de chute sévères, proportion de chuteurs, chutes par chuteurs, chutes par niveau de gravité, nombre de chutes par période, nombre de chutes par quart de travail, nombre de chutes par 1000 jours présences.					
	CRDITED	Nombre de chutes par milieu de services, nombre de chutes par usager, nombre de chutes par gravité, fréquence, nombre de chutes par type.					
	CRDP	Nombre par 1000 jours présences, taux de chute pour 1000 jours présences.					
13. Quelle instance ou comité est responsable d'assurer le suivi des recommandations ?							
Comité de gestion des risques	10	4	6	3	4	1	49 %
Comité de gestion des risques et Comité intégré de la qualité et des risques	2	3	1	2			14 %
Comité de régie et Comité de gestion des risques	1	1		1		1	7 %
Comité de régie, Comité de gestion des risques et Comité intégré de la qualité et des risques	1	1	1	2			9 %
Comité intégré de la qualité et des risques			2				3,5 %
Pas précisé	1	2	2	1		1	12 %
Autres	1		2				5,5 %
14. Le suivi des recommandations est fait…							
Fréquemment	11	6	6	3	2	2	52 %
Très fréquemment	3		3	2	1	1	17 %
très peu fréquemment	1	2	2	3	1		16 %
Pas précisé	1	3	3	1			14 %

	CSSS avec hôpital	CSSS sans hôpital	Hôpital	CHSLD	CRDITED	CRDP	Total
15. Comment mesurez-vous l'efficacité ?							
Audits de dossiers	1			1			3,5 %
Audits de dossiers et observations directes	3	1	1				9 %
Audits de dossiers et surveillance des recommandations		1	1				3,5 %
Audits, surveillance et observations	5	1	3	3			21 %
Nous surveillons l'incidence des évènements ciblés par les recommandations	2		2	1	1		10,5 %
Observation			2		1	1	7%
Surveillance des recommandations et observations	1	2			1		7%
Pas précisé	1	3	3	1		1	15,5 %
Autres		2					3,5 %
Pas d'activités de mesure	3	1	2	3	1	1	19 %
16. Comment évaluez-vous l'efficacité ?							
Des rencontres d'équipes	6	1	3	1	2		23 %
Nous utilisons une mesure que nous analysons	2		1				5 %
Nous utilisons une mesure que nous analysons et nous faisons des rencontres d'équipes	1		1	3			9 %
Pas d'activités d'évaluation	4	2	4	4	1	3	31,5 %
Pas précisé	2	4	3	1	1		17,5 %
Autres		4	2				12 %
17. Avez-vous un tableau de bord en gestion des risques ?							
Oui	10	6	11	6	4	3	70 %
Non	5	3		1			15 %
Pas précisé	1	2	3	2			15 %
18. Quels sont vos trois principaux obstacles dans le processus d'analyse ?							
Obstacles définis	15	9	8	8	3	1	77 %
Pas précisé	1	2	6	1	1	2	23 %
Obstacles mentionnés par les répondants	**CSSS avec hôpital**	Manque de collaboration, délai de réalisation des analyses, manque d'information, manque de ressources en gestion des risques, surcharge de travail, manque de connaissances au sujet des divers modèles d'analyse, manque d'imputabilité.					

	CSSS avec hôpital	CSSS sans hôpital	Hôpital	CHSLD	CRDITED	CRDP	Total
Obstacles mentionnés par des répondants	**CSSS sans hôpital**	Manque de temps, manque de connaissances au sujet des divers modèles d'analyses, qualité limitée des analyses, défis reliés à l'extraction des données du SISS, manque de ressources en gestion des risques, disponibilité des intervenants, disponibilité des informations.					
	Hôpital	Manque de collaboration, peu de participation médicale au processus d'analyse, manque de coordination, surcharge de travail, disponibilité des partenaires impliqués, manque de connaissances au sujet des divers modèles d'analyse, paradoxe de la déclaration dans le contexte de cibles de diminution.					
	CHSLD	Manque de connaissances au sujet des divers modèles d'analyses, surcharge de travail, ressources pour discuter des évènements et apporter des améliorations, manque de temps, manque d'imputabilité, la qualité des analyses est limitée, implication limité des unités.					
	CRDITED	Disponibilité des supérieurs immédiats, délai de réception des déclarations, le volume des déclarations, délai de mise en place des recommandations.					
	CRDP	Délai pour rencontrer les personnes impliquées, disponibilité des personnes impliquées.					

19. Quels seraient les trois principaux leviers ?

	CSSS avec hôpital	CSSS avec hôpital	Hôpital	CHSLD	CRDITED	CRDP	
Leviers précisés	15	5	9	5	4	2	70 %
Pas de leviers précisés	1	6	5	4		1	30 %

Principaux leviers mentionnés par les répondants	**CSSS avec hôpital**	Comité de prévention des chutes, analyse et vigilance des chutes, plan d'intervention pour les usagers à risques, suivi post-chutes, travail d'équipe et multidisciplinaire, arrimage comité prévention des chutes et contentions, patients partenaires, formation.
	CSSS sans hôpital	Analyse et vigilance des chutes, communication, banalisation des chutes, accompagnement, travail d'équipe et multidisciplinaire, formation sur les meilleures pratiques et stratégies de prévention des chutes, formation.
	Hôpital	Implantation du programme de prévention des chutes, analyses fréquentes dans le comité chutes-contentions, travail d'équipe et multidisciplinaire, implication des usagers et des proches, changement de culture organisationnel, amélioration des lieux physiques, implantation de l'approche adaptée, réduire les conséquences liées aux chutes, améliorer le transfert de l'information, déterminer les indicateurs pour les chutes, suivi post-chutes.
	CHSLD	Programme de prévention des chutes, soutien et appui organisationnel, programme de réduction des contentions, équipements suffisants, comité de prévention des chutes, travail d'équipe et multidisciplinaire, analyse et vigilance des chutes, formation.

	CSSS avec hôpital	CSSS sans hôpital	Hôpital	CHSLD	CRDITED	CRDP	Total
	CRDITED	Évaluation des risques de chute, personnel compétent en prévention des chutes, formation sur les meilleures pratiques, travail d'équipe multidisciplinaire, programme de prévention des chutes.					
	CRDP	Évaluation des risques de chute, programme de prévention des chutes adapté au contexte.					

ANNEXE 8. GRILLE D'ANALYSE D'UNE CHUTE AYANT CONDUIT À UN DÉCÈS OU À UN ACCIDENT GRAVE

Usager #		
Sexe	H ☐ F ☐	H ☐ F ☐
Âge		
Milieu de soins	Soins aigus ☐ SLD ☐	Soins aigus ☐ SLD ☐
Diagnostic principal		
Présence de démence	Oui ☐ Non ☐ ND* ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
Usager sous anticoagulothérapie	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
Utilisation de psychotropes	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
Vitamine D	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
Présence de délirium	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
Nombre de médicaments actifs	≤4 ☐ 5 à 9 ☐ ≥10 ☐	≤4 ☐ 5 à 9 ☐ ≥10 ☐
Évaluation du risque de chute complétée à l'admission ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ L'usager a-t-il été identifié « à risque de chute » ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ Les facteurs de risque de chute ont-ils été identifiés ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ L'historique de chutes avant l'admission/hébergement a-t-il été documenté ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ À l'admission, y a-t-il eu un plan d'interventions personnalisé en prévention des chutes pour cet usager ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
Quel est le nombre de chutes de l'usager depuis l'admission (pour les personnes hospitalisées) dans la dernière année (pour les personnes hébergées) ?	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 à 9☐ ≥10 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 à 9☐ ≥10 ☐
Avant la chute ayant causé l'accident ou le décès, l'usager avait-il subi des chutes avec conséquences (E_1 à H) pendant son hébergement (dans la dernière année) / hospitalisation (depuis l'admission) ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ Si oui, quelles conséquences ?		
Y avait-t-il eu un changement dans la condition de santé de l'usager dans les semaines précédant la chute ayant causé l'accident ou le décès ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
L'usager avait-il vécu un évènement significatif[9] dans les semaines précédant la chute ayant causé l'accident ou le décès ?		

[9] Parmi les évènements significatifs à considérer : changement dans la médication, changement dans les mesures de contention, relocalisation, chirurgie, agression, etc.

GRILLE D'ANALYSE D'UNE CHUTE AYANT CONDUIT À UN DÉCÈS OU À UN ACCIDENT GRAVE		
S'il y a lieu, y a-t-il eu une réévaluation du risque de chute suivant la chute avec conséquences, l'évènement significatif et/ou le changement de condition ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ Suivant la réévaluation, le plan d'interventions a-t-il été révisé pour le risque de chute et de blessures reliées aux chutes ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
Pendant le séjour de l'usager, une évaluation a-t-elle été faite par un ou plusieurs professionnels parmi les suivants :		
➢ Infirmière ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ Ergothérapeute ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ Physiothérapeute ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ Nutritionniste ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ Pharmacien ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ Autre(s) ?		
L'usager était-il sous contention ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
Données relatives à la chute ayant causé l'accident ou le décès		
Date de la chute		
Lieu		
Heure		
Circonstances (qu'essayait de faire l'usager ou qu'était-il en train de faire ?)		
Présence d'un témoin ?	Oui ☐ Non ☐ ND* ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
Y a-t-il eu une évaluation post-chute ?		
➢ De l'infirmière concernant les conséquences	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ De l'infirmière concernant les causes	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ Du médecin concernant les conséquences	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ Du médecin concernant les causes	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
Quelles ont été les conséquences immédiates de la chute (ex. : fracture de la hanche, commotion cérébrale, trauma crânien, autre type de fracture, etc.) ?		
Quelle est la cause de l'accident ou du décès (autre que la chute) ?		
Quelle est la date du décès s'il y a lieu ?		
Un équipement est-il en cause ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ Si oui lequel ?		

L'environnement est-il en cause ?	Oui ☐ Non ☐ ND ☐	Oui ☐ Non ☐ ND ☐
➢ Si oui, préciser		

* ND : Non disponible

GRILLE D'ANALYSE D'UNE CHUTE AYANT CONDUIT À UN DÉCÈS OU À UN ACCIDENT GRAVE

Une analyse des causes a-t-elle été faite ?	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
➢ Si oui, de quel type ?	Concise ☐ Exhaustive ☐ Incidents multiples ☐ Autre : _____	Concise ☐ Exhaustive ☐ Incidents multiples ☐ Autre : _____
➢ S'il y a eu l'utilisation d'un diagramme, de quel type est-il ?	De constellation ☐ D'Ishikawa ☐ Arbre des causes ☐	De constellation ☐ D'Ishikawa ☐ Arbre des causes ☐

Usager #
Quelles sont les des conclusions de l'analyse des causes ?
Qu'avez-vous appris à la suite de cet accident ?
Quelles sont les mesures correctives que vous avez effectuées ?
Avez-vous partagé ces mesures avec le personnel ?

Usager #
Quelles sont les des conclusions de l'analyse causes ?
Qu'avez-vous appris à la suite de cet accident ?
Quelles sont les mesures correctives que vous avez appliquées ?
Avez-vous partagé ces mesures avec le personnel ?

Complété par : _____ Date : _____

ANNEXE 9. LA FONCTION DE GESTIONNAIRE DE RISQUES DANS UN ÉTABLISSEMENT

Entrée en 1988 dans les établissements de santé du Québec par le biais des assurances, la gestion des risques s'est développée, au cours des années, pour devenir un outil incontournable dans l'atteinte des objectifs de prestation sécuritaire des soins de santé et des services sociaux. L'importance de l'outil a été formellement reconnue par le législateur en 2002 lors de l'adoption de modifications importantes à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* [LSSSS].

Ainsi, depuis 2002, les dispositions de la LSSSS[10] exigent de tous les établissements du réseau de la SSS la mise en place de structures soutenant la mise en œuvre d'un processus rigoureux de gestion des risques, notamment par la mise sur pied d'un comité spécifique :

> **183.1.** Le plan d'organisation de tout établissement doit aussi prévoir la formation d'un comité de gestion des risques.
>
> Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés par règlement du conseil d'administration de l'établissement.
>
> La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l'établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement de même que, s'il y a lieu, des personnes qui, en vertu d'un contrat de services, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Le directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité.

Bien que les règles de fonctionnement soient déterminées par un règlement du conseil d'administration, les fonctions essentielles que doit remplir le comité sont spécifiées dans la loi :

> **183.2.** Ce comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à:
>
> 1° identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
>
> 2° s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
>
> 3° assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Le processus est composé de la somme de toutes les activités, existantes ou à créer qui concourent à une gestion des risques effectuée selon les règles de l'art. Ainsi, la gestion des risques ne doit pas s'arrêter aux structures et à l'organisation administrative, mais requiert la participation des intervenants de tous les secteurs.

Bien que la LSSSS à l'article 183.1 prévoit que « Le directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité », cette exigence ne doit pas être comprise que dans son sens premier à savoir que le directeur général siège effectivement au comité prévu par la loi, mais aussi que celui-ci, doit, qu'il siège ou non sur le comité, signaler de manière non équivoque à tout le personnel de l'établissement, qu'il souscrit pleinement à l'idée d'implanter la gestion des risques dans son

[10] *Loi sur les services de santé et les services sociaux,* L.R.Q., chapitre S-4.2.

établissement en confiant à une personne connue pour son leadership cette fonction de chef d'orchestre en la matière. Il faut également supposer que cette personne désignée informe, à une fréquence convenue, le directeur général de l'évolution du dossier de la gestion des risques dans son établissement, tout comme ses collègues, d'un niveau hiérarchique équivalent, le feront pour tous les dossiers connexes – par exemple, la qualité, la sécurité, la santé et sécurité au travail, la prévention des infections, etc. – en lien avec l'atteinte des objectifs stratégiques.

Le processus de gestion des risques n'est pas une fin en soi et ne peut pas se déployer pleinement sans être intimement lié aux autres éléments essentiels de l'organisation, comme la qualité et la sécurité des soins et des services. De plus, il forme une des composantes essentielles de la culture d'une organisation en matière de soins et de services. À ce titre, il doit être porté par des acteurs agissant principalement – mais non exclusivement – à trois niveaux dans l'organisation sous le leadership du « chef d'orchestre »:

1. **le niveau stratégique** – la vision, le leadership, l'établissement de conditions gagnantes, l'évolution de la culture et des comportements à l'échelle de l'établissement, la création d'interface entre les composantes connexes;
2. **le niveau tactique** – la coordination de tous les acteurs et la conduite des activités, l'évolution de la culture et des comportements à l'échelle des diverses unités, la concrétisation des interfaces nécessaires entre d'autres composantes de l'établissement : en d'autres termes, être un agent de changement;
3. **le niveau opérationnel** – le soutien professionnel et administratif aux opérations et aux activités, le signalement des risques non encore matérialisés, la suggestion de changements, l'organisation et, dans certains cas, la diffusion des formations pour maintenir les compétences en gestion des risques des professionnels et des autres membres du personnel.

Ces trois niveaux sont essentiels pour pratiquer une gestion de risques efficiente qui se traduira par des tâches et des fonctions différentes, commandant ainsi un profil de compétences et une formation souhaitable, variable selon le niveau[11].

Niveau stratégique

Pour assumer l'omniprésence de la sécurité comme valeur organisationnelle, il faut qu'elle soit portée et soutenue par un membre du comité de direction qui en a une vision claire et qui, par sa présence au Comité de direction, assume un leadership constant et dynamique dans les travaux et décisions du Comité.

Les **fonctions** à assumer au niveau stratégique sont :

- établir un plan stratégique de déploiement de la gestion des risques dans son établissement pour adoption par les autorités compétentes;
- promouvoir la prise en compte de la sécurité des patients dans toutes les activités de l'établissement;
- promouvoir les changements de culture nécessaires en proposant des activités modifiant les valeurs, les croyances et les comportements dans la mesure où ceux-ci ne sont pas compatibles avec une gestion des risques efficiente;
- rappeler, lorsque nécessaire, l'importance de l'élément «sécurité» lors de la prise de décisions;

[11] Voir plus bas l'illustration des rattachements hiérarchiques des différents niveaux identifiés.

- promouvoir le développement d'outils utilisant les principes de gestion des risques et permettant d'atteindre les objectifs stratégiques en matière de sécurité des patients;
- préparer des rapports de synthèse à l'intention de la personne désignée par le directeur général pour porter le dossier, laquelle personne pourra, à une fréquence à déterminer, faire rapport au conseil d'administration;
- évaluer périodiquement les règles de fonctionnement (LSSSS, art. 183.1) établies par le conseil et suggérer, s'il y a lieu, des modifications;
- identifier l'existence – ou l'absence – de conditions gagnantes en matière de sécurité des soins;
- favoriser la pratique et la formation en matière de gestion des risques;
- tenir à jour un profil anonymisé de l'établissement;
- déterminer les échelles de criticité aidant à choisir les risques à traiter;
- répartir efficacement les tâches ou en suggérer la répartition à un collègue investi de la responsabilité en cause;
- promouvoir la création d'interfaces nécessaires à la pratique optimale de la gestion des risques entre toutes les parties prenantes[12], au sein ou à l'extérieur de l'établissement.

Le **profil** de compétence du niveau stratégique :

- accepter de partager son leadership;
- savoir recruter une équipe optimale et efficace;
- savoir déléguer;
- adaptabilité et tact dans ses relations avec autrui;
- habile communicateur;
- rassembleur;
- capacité à promouvoir l'interdisciplinarité;
- créativité;
- habileté à introduire des changements;
- bonne capacité à travailler en équipe;
- savoir apprendre de ses erreurs;
- capable d'adapter les concepts de la gestion des risques aux caractéristiques de son milieu;
- esprit d'analyse et de synthèse;
- bonne éthique de travail;
- bonne connaissance du français et de l'anglais.

[12] Selon iso, une partie prenante (3.2.1.1) est une personne ou un organisme susceptible d'affecter, d'être affecté ou de se sentir lui-même affecté par une décision ou une activité. Note : un décideur peut être une partie prenante.

La **formation** souhaitée pour ce gestionnaire :

- diplôme de deuxième cycle dans une science de la santé ET diplôme ou expérience documentée et jugée équivalente par le comité de sélection, dans l'un ou l'autre des domaines suivants : gestion, relations industrielles, psychologie industrielle ou organisationnelle, génie industriel avec option santé;
- faire la preuve de ses expériences ou de sa formation continue;
- posséder un minimum de cinq années d'expérience dans un poste de gestionnaire dans un milieu de santé, incluant la gestion de ressources humaines.

Niveau tactique

Une vision doit se traduire dans des activités qui en assurent la matérialisation. L'organisation de ces activités demande une bonne connaissance de l'organisme, de son fonctionnement et des ressources disponibles. C'est le niveau tactique qui opérationnalisera la mise en œuvre des activités retenues selon le plan stratégique.

Il s'agit donc de coordonner, d'encadrer et d'assurer l'exécution, au quotidien, de ces activités. Selon la taille de l'établissement, il s'agira de déterminer le découpage de ces fonctions selon les différentes unités, programmes ou département de l'établissement. On peut estimer qu'entre 1 et 4 personnes auront comme tâches principales les fonctions ci-dessous.

Les **fonctions** rattachées à ce niveau :

- organiser la mise en œuvre des activités qui lui ont été confiées;
- coordonner la rédaction/création d'outils, de politiques ou procédures spécifiques à l'objectif arrêté;
- déterminer les éléments de formation essentiels, arrêter les objectifs de ces formations et définir les clientèles cible;
- encadrer et accompagner des exercices de pratiques de la gestion des risques comme élément de formation;
- procéder, en équipe, à l'analyse des formulaires AH-223 et proposer des améliorations concernant la collecte de données;
- préparer les projets de rapports d'analyse des accidents et incidents pour rétroaction dans les unités et transmission au niveau stratégique;
- piloter la réévaluation périodique des outils, politiques et procédures et proposer les modifications nécessaires;
- superviser des personnes impliquées au niveau opérationnel;
- se tenir à jour par le déploiement d'une veille stratégique concernant les derniers développements en matière d'outils, de processus, de publications ou d'expériences en matière de gestion des risques;
- développer des tableaux de suivi des différents dossiers;
- identifier les indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des traitements des risques choisis.

Le **profil** de compétence pour assumer de telles fonctions :

- autonomie;
- savoir motiver les troupes;
- capacité de travailler en équipe;
- faire preuve de créativité et d'innovation (*thinking outside the box*);
- attitude non corporatiste;
- bonne connaissance du fonctionnement du réseau et de l'établissement;
- bon sens de l'organisation;
- possède les qualités et les attitudes d'un bon mentor ou tuteur;
- bonne capacité analytique;
- bonne communication;
- bonne connaissance du français et de l'anglais.

La **formation** souhaitée pour ce gestionnaire :

- diplôme de deuxième cycle dans une science de la santé;
- entre 3 et 5 ans d'expérience, dont la moitié dans des fonctions impliquant une prise de décision dont la nature correspond à ce niveau hiérarchique.

Niveau opérationnel

C'est le niveau où la vision devient réalité. C'est la gestion des risques au quotidien. C'est le soutien direct pour toute activité accomplie par les gestionnaires ou les intervenants.

Il s'agit de fonctions assimilables à celles d'un adjoint administratif ou d'un technicien en administration. Selon la taille de l'établissement, on devrait prévoir une personne pour une à trois unités de soins et une personne pour un regroupement de certaines unités de services (entretien, cuisine, analyse, etc.).

Les **fonctions** rattachées à ce niveau :

- valider l'information contenue dans les formulaires AH-223 et saisir les données dans le système;
- préparer les documents pour le Comité de gestion des risques;
- remplir les tableaux de suivi;
- voir à l'implantation des plans de contingence dans le cas de la matérialisation d'un risque;
- colliger les informations concernant les indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des traitements des risques choisis et les présenter en tableaux.

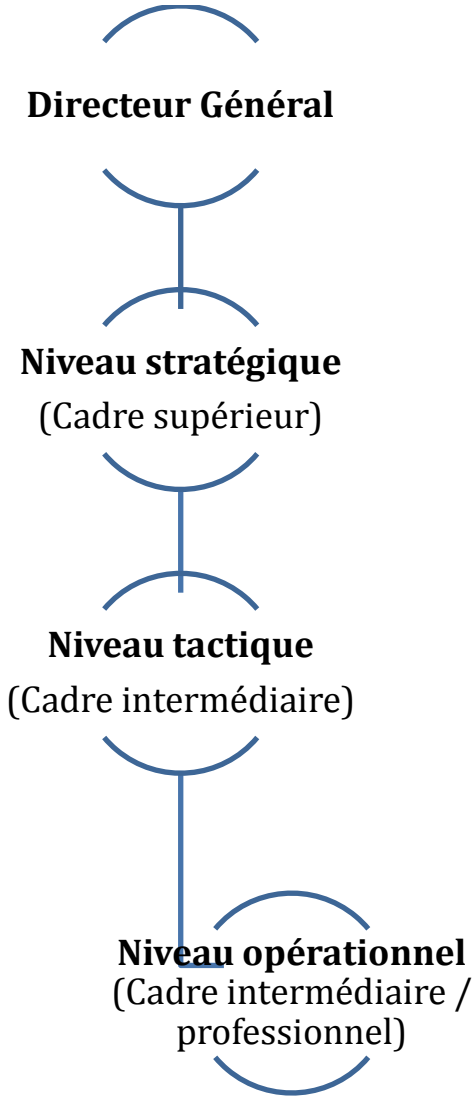
Le **profil** de compétence pour assumer de telles fonctions :

- autonomie;
- capacité de travailler en équipe;
- bonne connaissance du fonctionnement du réseau et de l'établissement;
- bon sens de l'organisation;
- bonne capacité de concentration;
- bonne communication;
- bonne connaissance du français, connaissance de l'anglais un atout.

La **formation** souhaitée pour ce gestionnaire

- diplôme de premier cycle dans une science de la santé;
- expérience dans des fonctions impliquant des activités reliées à la gestion des risques un atout.

Illustration des rattachements hiérarchiques des différents niveaux



Sources utilisées dans la préparation de ce document

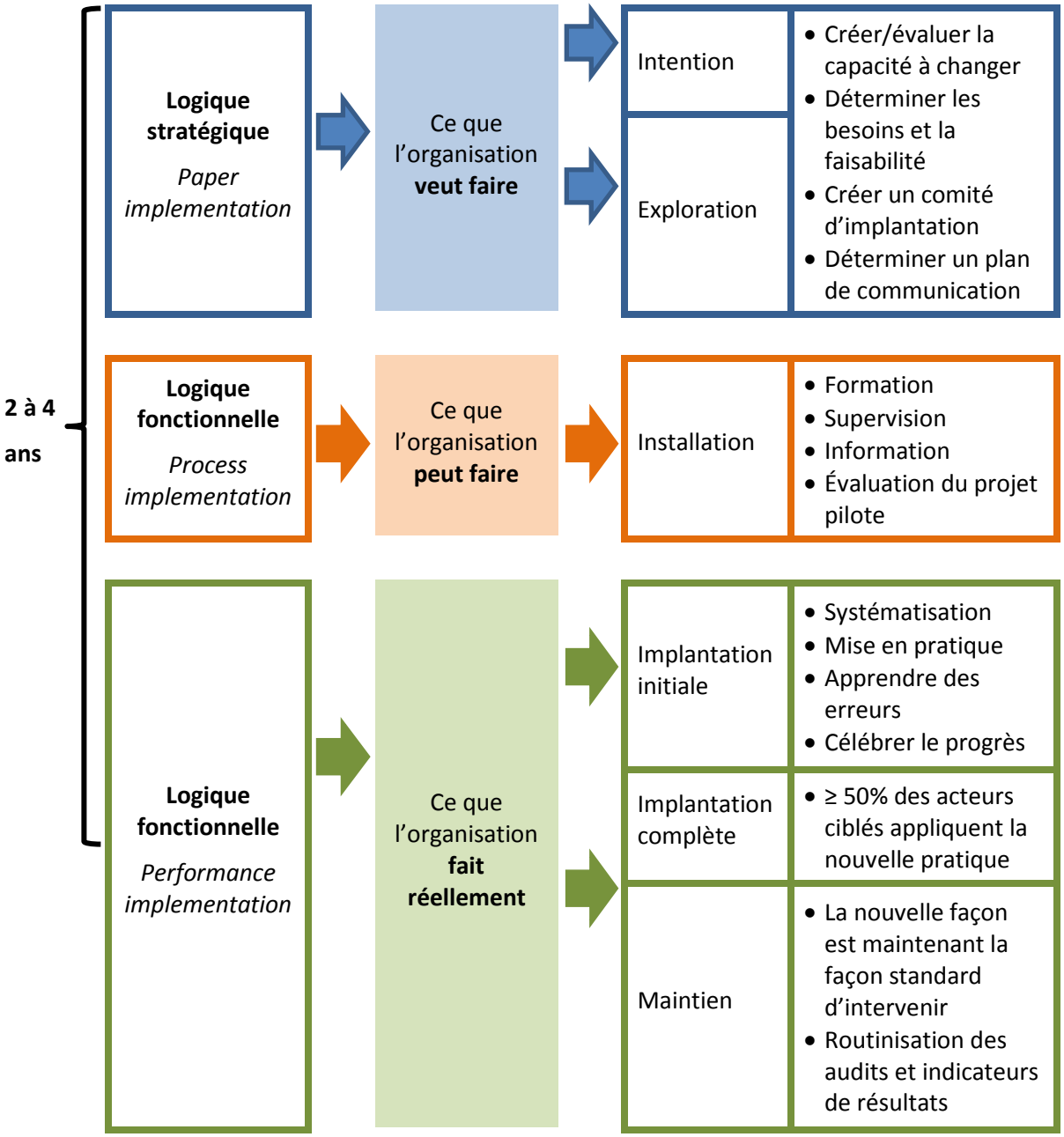
1. *Les rôles et responsabilités dévolus aux autres composantes de l'Établissement pour une gestion des risques efficace.* Extrait du programme de formation sur le fonctionnement du comité de gestion des risques – MSSS – 2011.
2. Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda, *Conseillère en gestion des risques - Description de fonction, poste # 5010,* février 2011.
3. Centre de santé et de services sociaux des Sommets, *Coordonnateur en gestion des risques et de la qualité*, version janvier 2007, Document en évolution.
4. Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-Érable, *Coordonnateur de la gestion des risques,* Direction des soins infirmiers, mai 2007.
5. Services de réadaptation l'Intégrale, *Conseiller à la qualité*, 2008.
6. Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière, *Gestionnaire des risques et de la sécurité*, document non daté mais antérieur à avril 2011.
7. *Quality and Risk Management Coordinator*, St-Mary's Hospital Centre, January 2009.
8. Administrative Processes Specialist, *Risk Management Advisor*, Jewish General Hospital, nov. 2009.
9. Microprogramme de 2e cycle en gestion de l'amélioration continue et de la performance – présentation du microprogramme aux cadres du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-capitale, Université Laval, mars 2011.
10. Projet de programme en gestion des risques sanitaires, S. Bisaillon et N. De Marcellis-Warin, décembre 2007.
11. Quatre descriptions de tâches de différentes sources Web pour un gestionnaire de risques, accédées en janvier 2012.
12. *Core competencies for patient safety research : a cornerstone for global capacity strengthening*, BMJ, Qual&Safety (2011), 20: 96-101.
13. Présentation de l'Ordre des pharmaciens du Québec à la Commission des affaires sociales sur le Projet de loi 113, décembre 2002.
14. Présentation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec à la Commission des affaires sociales sur le Projet de loi 113, décembre 2002.
15. *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, P.L. 113 (2002, c. 71), sanctionné le 19 décembre 2002.
16. *Les compétences en matière de sécurité*, CPSI/ICSP, 2007.
17. OSF St. Mary Medical Centre, Galesburg, Illinois, *Responsibility profile for Director, Safety, Quality and Risk*, document non daté.

18. Pathways for Medication Safety, *Patient Safety Officer Job Description*, American Hospital Association, Health Research & Educational Trust, and Institute for Safe Medication Practices, 2002.
19. OSF Healthcare System, Peoria, Illinois, *Patient Safety Officer – Position Description*, document non daté.
20. Owensboro Medical Health System, *Patient Safety Coordinator – Job description*, août 2010.
21. OMHS Performance Improvement Reporting Structure, document non daté.
22. Partners Healthcare System, Diector, *Patient Safety – Job Description*, document non daté.
23. Parush, Avi *et al.*, *Situational Awareness and Patient Safety,* The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2011.

ANNEXE 10. CADRE DE RÉFÉRENCE POUR UNE STRATÉGIE POUR UNE STRATÉGIE EFFICACE D'IMPLANTATION

L'implantation est définie comme un ensemble d'activités spécifiques visant à mettre en pratique un programme ou une nouvelle pratique dont les dimensions sont connues (Fixsen, 2005). Le tableau 1 présente les niveaux d'implantation tels que présentés par différents auteurs (Bareil, 2012, et Fixsen, 2006). D'après ces auteurs, l'implantation passe par trois niveaux : ce que l'organisation veut faire, ce qu'elle peut faire et ce qu'elle fait réellement.

Tableau 1 : Niveaux d'implantation



Inspiré des données de Bareil, 2012, et de Fixsen, 2005.

Pour que l'implantation d'un nouveau programme puisse se faire efficacement, deux éléments sont essentiels :

- l'implication de l'ensemble de l'organisation, incluant ses partenaires (ici, les usagers et leurs proches);
- la définition claire des rôles et des responsabilités de chacun.

L'ÉQUIPE D'IMPLANTATION soutient

CADRES SUPÉRIEURS

Légitimer le changement
Soutenir les cadres intermédiaires dans les déséquilibres (changements de rôles, climat de travail, défaillances)

Réaliser le changement
Amener les cadres à visualiser le changement et à adopter la gestion du projet

Favoriser l'appropriation du changement
Amener les cadres à exercer leur leadership et à accompagner les équipes

CADRES INTERMÉDIAIRES

Maintenir les opérations courantes et mettre en place le changement

- ✓ Exercer leur leadership
- ✓ Accompagner les équipes dans la modification des habitudes et comportements
- ✓ Considérer le changement comme une situation d'apprentissage et une amélioration continue de la qualité

EMPLOYÉS

S'informer
- ✓ Connaître les raisons du changement et les besoins d'amélioration

Se former
- ✓ Apprendre la nouvelle pratique

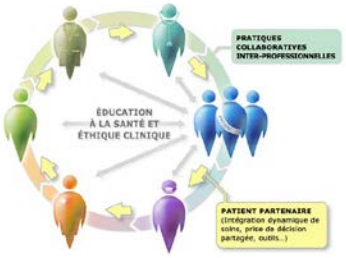
Participer
- ✓ Questionner
- ✓ Essayer

Oser agir
- ✓ Être un champion et contaminer positivement ses pairs

Modifier ces habitudes et comportements
- ✓ Intégrer

L'USAGER ET SES PROCHES

- ✓ La voix de l'usager est entendue
- ✓ L'expérience client est bien définie (offre de services, normes, standards)
- ✓ L'organisation s'engage à fournir les services qu'elle dit offrir
- ✓ L'organisation met en place un processus d'amélioration continue
- ✓ L'organisation mesure la satisfaction des clients
- ✓ L'organisation mobilise ses employés pour satisfaire les clients



Inspiré de Bareil, 2012.

Selon Fixsen (2005) certaines pratiques couramment utilisées pour implanter un nouveau programme sont souvent peu ou pas efficaces :

- disséminer seulement l'information;
- faire uniquement de la formation;
- élaborer et diffuser une politique ou un règlement sans rien faire d'autre;
- implanter sans changer les rôles;
- implanter sans équipe d'implantation.

De plus, lors de la préparation de la formation nécessaire pour favoriser l'implantation de nouvelles pratiques, il faut faire attention aux composantes de cette formation. Selon Joyce et Showers (2002), l'intégration des connaissances et des habiletés est influencée par les éléments suivants :

Composantes de la formation	Connaissances	Habiletés
Théorie et discussion	10 %	5 %
+ Démonstrations	30 %	20 %
+ Pratique et rétroaction	60 %	60 %
+ Coaching (supervision)	95 %	95 %

Une recension non exhaustive d'écrits scientifiques présente les barrières et les éléments facilitant l'implantation de nouvelles pratiques.

Barrières à une implantation efficace

	Mickan 2011	Ceccato 2007	Dogherty 2013	Lemire 2013	Bareil 2012
Inertie concernant l'évolution des pratiques cliniques	X		X		X
Manque de soutien des gestionnaires			X	X	X
Croyances personnelles sur la pratique clinique	X		X		X
Croyances personnelles sur la capacité de changer		X	X		X
Besoin de changement pas assez explicite					X
Distribution limitée de guides	X				X
Non adhésion aux recommandations du guide	X		X		
Manque de clarté du guide	X		X		
Manque de temps	X		X		
Manque de matériel	X		X		
Manque de soutien logistique	X		X		
Plusieurs priorités en même temps			X		X
Manque de suivi			X		X
Absence de reddition de compte			X		X

Élément facilitant l'implantation de nouvelles pratiques

	Ceccato 2007	Sadsawad 2007	Resnik 2004	Dogherty 2013	Dixon-Woods 2012	Ploeg 2007	AHRQ 2013	Lemire 2013	Bareil 2012	Fixsen 2005
Évaluer préalablement la capacité de changement du milieu		X			X		X	X	X	X
Planification de l'implantation		X					X	X	X	X
Tester à petite échelle					X		X	X	X	X
Engagement des cadres supérieurs et intermédiaires				X			X	X	X	X
Implication d'une équipe de facilitateurs/ consultant(s)				X	X		X		X	X
Bien identifier/soutenir les préoccupations des cadres intermédiaires									X	
Bien identifier/soutenir les préoccupations des employés									X	
Programme clair et bien documenté		X		X	X		X	X		
Nécessité du changement clairement identifiée				X	X		X	X	X	X
Pression sociale (des pairs)	X				X	X				
Systèmes d'aide-mémoire	X									
Disponibilité de temps	X						X			X
Disponibilité de ressources humaines, financières et techniques	X						X	X		X
Pression environnementale (procédures et politiques)	X									
Indicateurs bien compris de l'ensemble des acteurs impliqués								X	X	
Audits et rétroactions		X		X	X		X	X	X	X
Routinisation du suivi et des audits								X	X	
Clarté à propos de qui doit faire quoi			X	X	X		X		X	
Mettre en évidence les bénéfices			X	X		X			X	X
Applicable dans le contexte du milieu				X	X		X	X	X	X
Avoir des incitatifs (financiers et autres)								X		
Être ferme dans la finalité et les objectifs à atteindre									X	
Être centré sur le patient									X	

Références

AHRQ 2013.

BAREIL C. et DUBÉ C. Changement et développement organisationnel : Faire évoluer la pratique. HEC Montréal, 2013, 590 p.

CECCATO NE, Ferris LE, Manuel D, Grimshaw JM, Adopting health behavior change theory throughout the clinical practice guideline process, Journal of continuing education in the health professions, 2007, 27(4): 201-207.

DIXON-WOODS M., McNicol S., Graham M, Ten challenges in improving quality in healthcare: Lessons from the healthcare foundation program evaluation and relevant litteratures. BMJ Qual Saf 2012, 21:876-884.

DOGHERTY E.J. Harrison M., Graham ID, Digel Vanduk A, Keeping-Burke L., Turning knowledge into action at the point-of-care : The collective experience of nurses facilitating the implementation of evidence-based practice, Worldviews on evidence-based nursing 2013, 10(3): 129-139.

FIXSEN D. *et al.* Implementation research : A synthesis of the literature. University of South Florida, 2005, 125 p.

JOYCE B.R. and Showers B., Student Achievement through Staff Development, 3rd Edition 2002, 217 p.

LEMIRE M. *et al.*, « Dissemination of Performance Information and Continuous Improvement: A Narrative Systematic Review ». *Journal of Health Organization and Management*, 2013, 27 (4): 449-478.

MICKAN S *et al.*, Patterns of « leakage » in the utilisation of clinical guidelines: a systematic review. Postgrad Med J, 2011, 87: 670-679.

PLOEG J. *et al.*, Factors influencing best-pratice guideline implementation: Lessons learned from administrators, nursing staff and projects leaders. Worldviews on evidence-based nursing 2007, 4(4): 210-219.

RESNIK B. *et al.* Testing the feasibility of implementation of clinical practice guidelines in long-term-care facilities, J Am Med Dir Assoc 2004, 5: 1-8.

SADSAWAD P., Knowledge translation: Introduction to models, strategies, and measures. The national center for the dissemination of disability research. August 2007, 44 p.

ANNEXE 11. MODÈLES DE STRUCTURE

1. BC INJURY RESEARCH AND PREVENTION UNIT

BC Injury Research and Prevention Unit est un regroupement d'experts qui sont des leaders dans l'élaboration et le transfert de connaissances relatives à la prévention d'accidents corporels (blessures) pour la province de la Colombie-Britannique. Le groupe a été créé en 1997 et comprend 21 membres avec des expertises en épidémiologie, promotion de la santé, psychologie, santé publique et médecine préventive. Le groupe agit comme groupe central (provincial) pour le développement de connaissances en prévention de blessures, le transfert des connaissances et l'intégration des connaissances dans la pratique courante.

Les objectifs de l'unité de prévention sont les suivants :

1. réduire les conséquences négatives (le fardeau) des blessures en Colombie-Britannique;
2. effectuer la recherche et le développement de connaissances;
3. améliorer la surveillance;
4. être un modèle de pratique fondée sur les données probantes et les preuves scientifiques;
5. offrir de l'accompagnement aux professionnels et aux praticiens;
6. sensibiliser, éduquer et informer le public;
7. promouvoir la sécurité et réduire l'invalidité.

Le groupe offre de la direction aux initiatives provinciales en prévention de blessures provenant des objectifs du ministère de la Santé et des systèmes de santé et assure que le tout soit coordonné. Le groupe assure une collaboration étroite entre les partenaires et les organismes responsables des initiatives en soins primaires afin d'affronter les défis communs dans tout le continuum.

BC Injury Research and Prevention Unit a dans son mandat les activités suivantes:

1. produire des rapports et des publications par type de blessure (chute, accident de la route, blessures sportives);
2. offrir de l'éducation spécialisée, par exemple « Falls Curriculum »;
3. organiser des conférences;
4. organiser des webinaires;
5. offrir des services de soutien sous forme de :
    - surveillance des taux de blessures;
    - services de consultation par des experts en prévention;
    - services de soutien en évaluation de programmes et en développement de projets en prévention.

L'unité de prévention des blessures est un groupe d'experts responsable de développer des connaissances en prévention, d'assurer le transfert des connaissances par des publications, des cours et des webinaires et d'accompagner les organismes dans l'implantation et l'évaluation des initiatives afin de s'assurer de leur pérennité. Ce groupe existe depuis 1997, ce qui assure une surveillance continue

des blessures au fil des ans ainsi qu'une continuité dans l'application des meilleures pratiques en prévention.

2. PARTENARIAT DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO (Local Health Integration Network Collaborative 2011)

Les réseaux locaux d'intégration des services de la santé de l'Ontario (RLISS) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ont identifié en septembre 2010 la prévention des chutes comme priorité stratégique pour le réseau de la santé.

Un groupe d'experts provincial a été créé, avec des représentants des réseaux locaux d'intégration des services de la santé et de la santé publique, ainsi que des représentants de tout organisme impliqué dans la prévention des chutes afin d'assurer une représentation des secteurs impliqués dans le continuum des soins de services.

Le groupe d'experts a développé un cadre conceptuel pour la prévention des chutes au niveau régional et au niveau provincial. Le but du cadre conceptuel est de standardiser les stratégies de prévention des chutes dans toute la province et d'harmoniser l'utilisation des meilleures pratiques en prévention des chutes.

L'objectif du cadre conceptuel est de réduire les taux de chute et de réduire les blessures graves reliées aux chutes. Le groupe a recommandé que deux structures soient créées afin d'atteindre ces objectifs : 1) des sous-comités régionaux responsables du programme intégré de prévention des chutes et de son implantation, et 2) une structure provinciale responsable de la coordination et de la gestion de la stratégie de prévention des chutes dans tout le réseau.

1. Les sous-comités régionaux et le programme intégré de prévention des chutes dans tous le réseau

   Le comité d'experts a créé un cadre conceptuel pour harmoniser les stratégies de prévention des chutes dans les 14 RLISS de la province ainsi qu'une trousse à outils qui sert de modèle pour le développement de programmes de prévention des chutes. Au niveau local, le cadre conceptuel exige la création de sous-comités responsables de la coordination de la stratégie de prévention des chutes au niveau local et régional. Le programme local et régional de prévention des chutes comprend les éléments suivants afin d'assurer son intégration dans le réseau et l'atteinte des objectifs de réduction du taux de chute et de la gravité des blessures à la suite d'une chute :

   - une gouvernance efficace au niveau régional, avec des sous-comités multisectoriels par programme assurant une représentation des secteurs responsables de la prévention des chutes dans tous les réseaux de la province;
   - des rôles définis et des responsabilités assignés afin de mieux coordonner les efforts au niveau régional quant à l'implantation du programme de prévention des chutes;
   - identification d'un champion parmi les organismes impliqués dans la prévention des chutes;
   - Coordination et gestion des programmes au niveau régional.

2. Structure provinciale responsable de la prévention des chutes

   La structure provinciale responsable de la prévention des chutes, le Comité provincial de mobilisation pour la prévention des chutes, a été créé pour réunir les réseaux locaux

d'intégration des services de santé (RLISS), leurs fournisseurs de services de santé, les bureaux de santé publique et les fournisseurs de soins primaires pour assurer la standardisation et la coordination de la stratégie de prévention des chutes dans toute la province. La structure provinciale a pour mandat d'assurer la coordination des programmes de prévention des chutes dans les 14 RLISS de la province, de gérer de façon centralisée l'échange de connaissances et d'information en matière de prévention des chutes, de standardiser les indicateurs dans toute la province et d'assurer l'harmonisation des initiatives provinciales en prévention des chutes.

Le premier objectif du comité d'experts était de créer un cadre conceptuel pour la prévention des chutes dans tout le réseau. Le cadre conceptuel comprend les meilleures pratiques en prévention des chutes, une recension des outils validés pour la prévention des chutes, un inventaire des programmes de prévention des chutes disponibles dans le réseau, une description du programme intégré de prévention des chutes avec une description des rôles et des responsabilités des sous-comités régionaux et un chapitre sur la structure provinciale responsable de la coordination de la stratégie et de la surveillance des indicateurs de performance.

Cette collaboration entre les RLISS et les bureaux de santé publique mobilise les partenaires du système de santé dans le but d'améliorer la qualité de vie des gens à risques de chute en tenant compte des stratégies du ministère de la Santé en matière de prévention des chutes et de sécurité des usagers dans le réseau de la santé.

3. LE PROGRAMME PROVINCIAL DE PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU QUÉBEC

En 2004, l'augmentation du nombre de cas d'infection à Clostridium difficile (C. difficile) chez les patients hospitalisés a mobilisé différents comités du réseau de la santé du Québec. Ceux-ci ont fait des recommandations qui ont mené en 2006 au déploiement d'un plan national visant la prévention et le contrôle des infections nosocomiales dans la province de Québec. Grâce aux interventions à l'échelle nationale, régionale et locale, ce plan assure au sein des établissements de santé du Québec une gestion coordonnée et harmonisée de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales (PCI).

Sous l'autorité du ministère de la Santé et des Services sociaux, la PCI se décline selon la structure suivante :

1. Les comités d'experts de l'INSPQ :
    - le comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ);
    - les groupes de travail de la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN).
2. la table nationale en PCI sous la direction nationale de santé publique;
3. les tables régionales en PCI animées par les agences régionales;
4. les comités de PCI des établissements.

Cette structure comporte six champs d'activité :

- la surveillance des infections;
- l'élaboration de politiques, de procédures et de mesures de soutien en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales;

- l'éducation et la formation;
- le suivi et l'évaluation;
- la communication et l'information;
- la gestion des éclosions.

Ainsi, les comités CINQ et SPIN de l'INSPQ produisent en continu des lignes directrices, des avis scientifiques, des guides, des outils et des formations. À titre d'experts-conseil, ces comités soutiennent la gestion de la PCI selon des données probantes.

Le MSSS a de plus investi dans la structure en offrant un budget de fonctionnement pour les comités locaux des établissements. Ce budget permet l'embauche d'infirmières cliniciennes en PCI selon un ratio d'une infirmière pour 100 lits en soins ultraspécialisés, une infirmière pour 133 lits en soins généraux et spécialisés et une infirmière pour 250 lits dans les milieux de soins d'hébergement et de longue durée. Les établissements ont donc l'obligation d'avoir un service et un comité PCI.

Afin d'assurer la pérennité des activités de PCI, le Ministère en a fait une priorité reconnue par le conseil exécutif. Des suivis et des évaluations sont également effectués selon plusieurs mécanismes, notamment :

1. rapports périodiques au Comité de direction du MSSS;
2. ententes de gestion conclues entre les agences et les établissements de leur région;
3. élaboration de tableaux de bord utilisés aux niveaux local, régional et provincial.

4. CENTRE D'EXPERTISE CLINIQUE EN RADIOPROTECTION

Le Centre d'expertise clinique en radioprotection est un regroupement d'experts mandatés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'assister dans la mise en place de son plan d'action afin d'offrir des services d'expertise-conseil et de soutien aux établissements de la santé qui sont aux prises avec des problèmes complexes de radioprotection.

Dans le but d'offrir des services de qualité et hautement sécuritaires, le MSSS a désigné le CHUS à titre de CECR.

Sa mission :

- améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés par les technologies diagnostiques émettant des rayonnements ionisants;
- favoriser l'utilisation pertinente et judicieuse de ces technologies dans les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et veiller à en assurer le fonctionnement optimal.

Son mandat :

- Développer et maintenir une expertise-conseil en radiologie et radioprotection.

Le CECR :

- analyse les problématiques;
- adresse des recommandations au réseau et au MSSS en lien avec les bonnes pratiques;

- assure la pérennité du développement et du maintien de l'expertise scientifique en radiologie et en radioprotection;
- assure la pérennité du soutien au réseau public d'imagerie diagnostique au Québec.

Services :

- évaluation de problèmes complexes signalés par les agences en lien avec les bonnes pratiques;
- élaboration de banques de données pertinentes et d'un site Internet d'échange à la disposition du réseau;
- élaboration de lignes directrices;
- élaboration de contenus de formations;
- coordination de tournées provinciales des établissements;
- participation à des visites d'expertise auprès d'établissements du réseau;
- collaboration avec l'INSPQ et les partenaires;
- publication et diffusion d'un guide d'optimisation des doses de radiation;
- formation du personnel du réseau en collaboration avec les partenaires.

RÉFÉRENCES :

BC INJURY RESEARCH AND PREVENTION UNIT (2011). « Falls and Related Injuries in Residential Care: A Framework and Toolkit for Prevention. BC Injury Research and Prevention Unit », en ligne : www.injuryresearch.bc.ca/docs/3_20110811_100931Residential%20Care%20Framework_Aug%2010_2011.pdf

Local Health Integration Network Collaborative, « Integrated Provincial Falls Prevention Framework & Toolkit, July 2011 », en ligne :
http://c.ymcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/822ec60d-0d03-413e-b590-afe1aa8620a9/LHIN_report_IntegratedProvincialFallsPreventionFrameworkToolkit_07-07-2011.pdf

ANNEXE 12. DÉFINITIONS ET INDICATEURS – PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES

Définitions

	Définition	Référence
Chute	« On entend par *chute* un évènement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment. Les traumatismes dus aux chutes peuvent être mortel. »*	Organisation Mondiale de la santé, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/
Sévérité d'une chute	La sévérité de la chute est définie selon les niveaux de gravité dans le SISS.	MSSS
Chute causant blessure	1. Fracture, traumatisme crânien nécessitant des soins hospitaliers; subluxation d'une articulation, entorse et lacérations nécessitant des sutures. 2. A) Sévère : Fracture ou admission à l'hôpital, lacération nécessitant des sutures; B) Modérée : ecchymose, entorse, abrasion, éraflure, ou réduction de la mobilité jusqu'à trois jours suivant la chute ou recours à des soins médicaux. *	Frailty and Injuries Cooperative Studies of Intervention Techniques (FICSIT) (Rizzo *et al.*, 1996; Wolf *et al.*, 1996) Campbell *et al.*, 1997.
Chuteur à répétition	1. Une personne qui chute plus qu'une fois par trimestre. 2. Une personne qui subit plus de deux chutes dans une période de 6 mois. * 3. Une personne qui subit 3 chutes et plus dans une même année ?	Stalhandske *et al.*, 2008. A. Naby, I. Hali, 2013. *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant*!, 2012.
Quasi-chute	1. Une perte d'équilibre causant une activation de stratégies posturales démontrant des réflexes suffisants pour éviter une chute. 2. Une perte d'équilibre causant une activation des mécanismes de	Définition traditionnelle selon Srygley *et al.,* 2009, Stack *et al.*, 1999, et Gray *et al.,* 2000. Maidan *et al.*, 2014.

	Définition	Référence
	stratégie posturale démontrant des réflexes suffisants pour éviter une chute. Une quasi-chute exige qu'au moins deux des mécanismes compensatoires suivants soient activés pour prévenir la chute : a) Mouvement imprévu des membres supérieurs et/ou des membres inférieurs. b) Changement imprévu de la longueur des pas. c) Rapprochement du centre de gravité vers le sol. d) Changement imprévu de la cadence. e) Inclinaison du tronc. 3. Évènement au cours duquel un usager aurait fait une chute s'il n'avait pas été retenu par quelque chose ou par quelqu'un. La quasi-chute peut se produire ou non en présence d'un intervenant (c'est-à-dire que l'usager peut déclarer lui-même l'évènement). La hauteur du point de départ de la quasi-chute et le fait qu'il y ait ou non présence de blessures n'ont pas d'importance.*	CSSS de la Vieille-Capitale, 2011.

*Indique les définitions retenues par le groupe d'experts.

Indicateurs

Les indicateurs sont de quatre types : 1) structure, 2) processus, 3) mesure de résultats et 4) équilibre.

Tout programme de prévention des chutes devrait inclure le suivi des 4 indicateurs suivants :

1. le taux de chute;
2. le taux de chute avec blessures;
3. la proportion de blessures sévères;
4. le taux de contention.

De plus, à la phase 1, « Création » du programme, il est nécessaire de prévoir mesurer le volume de dépistage de facteurs de risque à l'admission.

Comme il s'agit d'un indicateur de processus, cet indicateur peut être abandonné pour d'autres indicateurs de processus lorsque, de façon répétée, l'on obtient des résultats suffisants avec celui-ci.

1. STRUCTURE	Ratio de personnel
2. PROCESSUS	**Pourcentage du dépistage de facteurs de risque de chute à l'admission**
	Pourcentage de résidents pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de l'état de santé
	Pourcentage de résidents « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes / de réduction des blessures
	Taux de tournée intentionnelle
	Proportion de caucus à l'unité suivant une chute (*post-fall huddle*)
3. MESURE DES RÉSULTATS	**Taux de chute**
	Taux de chute causant des blessures
	Proportion de chuteurs
	Proportion de chutes sévères
	Proportion de chuteurs à répétition
	Fréquence des chutes par niveau de gravité
	Taux de plan d'évaluation post-chute
4. ÉQUILIBRE	**Taux de contention**

N° 1. TAUX DE CHUTE	
Catégorie	Mesure de résultats
Définition	Le taux de chute représente la fréquence relative des chutes, pour une entité (établissement, unité de soins ou autre), sur une période donnée. Cet indicateur est approprié pour la comparaison inter-établissements, lorsque les établissements sont comparables quant à leur mission et au profil de leur clientèle (p. ex., profil d'autonomie ISO-SMAF).
Règle de calcul	$\frac{\text{Nombre de chutes déclarées sur une période}}{\text{Nombre de jours-présences dans la période}}$ X 1000
Source des données	• Nombre de chutes déclarées : Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS). • Nombre de jours-présences : Système d'information sur les admissions, les départs et les transferts (souvent via le service des admissions ou des finances). • Aux fins de la comparaison entre les établissements, c'est l'année financière (1er avril au 31 mars) qui est utilisée à titre de période de référence.
Interprétation de l'indicateur	Le taux de chute, basé sur le nombre de jours-présences, permet de relativiser la fréquence de chutes en tenant compte du volume d'activité de l'établissement. L'utilisation du nombre de jours-présences, plutôt que du nombre de lits autorisés au permis, de lits dressés ou d'usagers a l'avantage de tenir compte de la variabilité du taux d'occupation. Et parce qu'il s'agit d'une mesure relative plutôt qu'absolue, cet indicateur peut être utilisé à des fins de comparaison (dans le temps, entre établissements, entre unités de soins, etc.). Le taux de chute est un indicateur de performance en matière de prévention des chutes. Par contre, plusieurs autres éléments peuvent expliquer un taux de chute haut/faible ou en hausse / en baisse. Par exemple, un établissement peut avoir un faible taux de chute parce que ses efforts de prévention sont tout aussi efficaces que ses interventions post-chute. La baisse du taux de chute peut s'expliquer par l'alourdissement généralisé de la clientèle (p. ex., des grabataires) ou par une meilleure prise en charge des quelques chuteurs importants. Par ailleurs, une bonne performance en matière de prévention des chutes doit être évaluée en regard du respect de la dignité et de la liberté des usagers. Le recours extensif à la contention peut compromettre la qualité des soins. Ainsi, les établissements ont intérêt à calculer leur taux de contention et à mettre les deux indicateurs en relation. Selon l'AMDA (2011, p. 16), un taux de chute stable ou une tendance à la baisse (ne pas confondre « tendance » avec une « variation annuelle *»)* associé à un faible taux de chute sévère est un indicateur de succès en matière de prévention des chutes. Ainsi, les établissements ont intérêt à établir leur taux de chute sévère et à mettre les deux indicateurs en relation.
Indicateurs complémentaires	Taux de déclaration des chutes Taux de chute sévères Taux de contention
Références	1) *Des soins de santé plus sécuritaire maintenant !,* 2012 2) Quigley *et al.*, 2013 3) NICE, 2013

N° 2. TAUX DE CHUTE CAUSANT UNE BLESSURE

Catégorie	Mesure de résultats
Définition	Le taux de chute causant des blessures représente la fréquence relative des chutes causant des blessures pour une entité (établissement, unité de soins ou autre) sur une période donnée. Cet indicateur est approprié pour la comparaison inter-établissements, lorsque les établissements sont comparables quant à leur mission et au profil de leur clientèle (p. ex., profil d'autonomie ISO-SMAF).
Règle de calcul	$\frac{\text{Nombre de chutes causant des blessures déclarées sur une période donnée}}{\text{Nombre de jours-présences dans la période}} \times 1000$
Source des données	• Nombre de chutes déclarées causant des blessures : Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS). • Nombre de jours-présences : Système d'information sur les admissions, les départs et les transferts (souvent via le service des admissions ou des finances). • Aux fins de la comparaison entre les établissements, c'est l'année financière (1er avril au 31 mars) qui est utilisée à titre de période de référence.
Interprétation de l'indicateur	Le taux de chute causant des blessures, basé sur le nombre de jours-présences, permet de relativiser la fréquence des chutes causant des blessures en tenant compte du volume d'activité de l'établissement. L'utilisation du nombre de jours-présences plutôt que du nombre de lits autorisés au permis, de lits dressés ou de résidents a l'avantage de tenir compte de la variabilité du taux d'occupation. Et parce qu'il s'agit d'une mesure relative plutôt qu'absolue, cet indicateur peut être utilisé à des fins de comparaison (dans le temps, entre établissements, entre unités de soins, etc.). Le taux de chute causant des blessures est un indicateur de performance en matière de prévention des chutes. Par contre, plusieurs autres éléments peuvent expliquer un taux de chute causant des blessures haut/faible ou en hausse / en baisse, par exemple la variabilité de la définition d'une « chute causant une blessure », la sous-déclaration des chutes causant des blessures, des blessures qui n'ont pas été attribuées à une chute, une chute qui ne cause pas de blessures immédiatement mais dans les jours/mois qui suivent.
Référence	1) *Des soins de santé plus sécuritaire maintenant !*, 2012 2) P. A. Quigley *et al.,* 2013 3) NICE, 2013
Indicateurs complémentaires	Taux de déclaration Taux de chute sévères Taux de contention

N° 3. PROPORTION DE CHUTES SÉVÈRES

Catégorie	Mesure de résultats
Définition	La proportion (pourcentage) de chutes sévères traduit le poids que représentent les chutes sévères (de catégorie F, G, H, I) sur l'ensemble des chutes, pour une entité et une période donnée. Cet indicateur est approprié pour la comparaison inter-établissement, lorsque les établissements sont comparables sur la base de leur mission et du profil de leur clientèle (ex. profil d'autonomie ISO-SMAF).
Calcul	$\frac{\text{Nombre de chutes sévères déclarées sur une période donnée}}{\text{Nombre de chutes déclarées pour la même période}}$ X 100
Source des données	• Nombre de chutes sévères : registres locaux • Nombre total de chutes : registres locaux • Aux fins de la comparaison entre les établissements, c'est l'année financière (1er avril au 31 mars) qui est utilisée à titre de période de référence.
Interprétation de l'indicateur	La proportion de chutes sévères est un indicateur de performance en matière de prévention des chutes mais surtout, de prévention des blessures associées aux chutes. En principe, plus la proportion de chutes sévères est faible, meilleure est la performance en prévention des chutes et blessures associées. Par contre, une proportion élevée peut révéler que l'organisation ne déclare pas systématiquement toutes les chutes, notamment celles des chuteurs à répétition et les quasi-chutes. Toute décision qui a pour impact de réduire le dénominateur (c.-à-d. le total des chutes considérées) aura pour effet d'augmenter le poids relatif des chutes sévères. Par ailleurs, une bonne performance en matière de prévention des chutes et de prévention des chutes associées doit être évaluée au regard du respect de la dignité et de la liberté des usagers. Le recours extensif à la contention et la présence continue de proches ou accompagnateurs peuvent masquer une faible performance en matière de prévention des chutes. Selon l'AMDA (2011), une faible proportion de chutes sévères et un taux de chute stable ou une tendance à la baisse (ne pas confondre « tendance » avec une « variation annuelle *»)* est un indicateur de succès en matière de prévention des chutes et blessures associées.
Référence	American Medical Directors Association, « Falls and Fall Risk in the Long-Term Care Setting », 2011, 23 p., en ligne : *National Guidelines Clearinghouse*, http://www.guideline.gov/content.aspx ?id=32669
Indicateurs complémentaires	Taux de déclaration Taux de chute sévères Taux de contention Profil ISO-SMAF de l'établissement, en tenant compte du fait que les profils les plus critiques sont les 8-11 Âge moyen des résidents Taux de plaie traumatique (chute) et de pression (niveau de grabataires) Transfert externe pour soins spécialisés

N° 4. PROPORTION DE CHUTEURS	
Catégorie	Mesure de résultats
Définition	La proportion (le pourcentage) de chuteurs traduit le poids relatif des chuteurs sur l'ensemble des résidents, pour la dernière année financière (13 dernières périodes, du 1er avril au 31 mars). Cet indicateur est approprié pour la comparaison inter-établissements, lorsque les établissements sont comparables quant à leur mission et au profil de leur clientèle (p. ex., profil d'autonomie ISO-SMAF).
Calcul	Nombre de chuteurs (≥ 1 chute) pour une période donnée / Nombre d'usagers ayant séjourné au moins une journée pendant la période X 100
Source des données	• Nombre de chuteurs : Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS); un traitement des données extraites est nécessaire. • Nombre total de résidents : nombre de résidents au 31 mars de l'année précédente + nombre d'admissions ayant eu lieu pendant l'année sous étude; information obtenue via le service des admissions. • Aux fins de la comparaison entre les établissements, c'est l'année financière (1er avril au 31 mars) qui est utilisée à titre de période de référence.
Interprétation de l'indicateur	La proportion de chuteurs est un indice de l'étendue de la problématique des chutes au sein des établissements, pour une période donnée. Elle représente un indice de la dispersion des efforts à déployer.
Référence	P. A. Quigley, 2013 NICE, 2013
Indicateurs complémentaires	Taux de déclaration Taux de chute sévères Taux de contention Profil ISO-SMAF de l'établissement, en tenant compte du fait que les profils les plus critiques sont les 8-11 Âge moyen des résidents Taux de blessure traumatique (chute) et de plaie de pression (niveau de confinement au lit) Nombre de transferts externes pour soins spécialisés

N° 5. PROPORTION DE CHUTEURS À RÉPÉTITION

Catégorie	Mesure de résultats
Définition	Un chuteur est considéré comme un chuteur à répétition dès qu'il fait deux chutes durant une période de 6 mois durant l'année de référence (12 mois). Cet indicateur est approprié pour la comparaison inter-établissements, lorsque les établissements sont comparables quant à leur mission et au profil de leur clientèle (p. ex., profil d'autonomie ISO-SMAF).
Calcul	Nombre de chuteurs ayant fait 2 chutes en 6 mois Nombre de chuteurs (usagers ayant fait au moins une chute pendant l'année de référence) X 100
Source des données	• Nombre de chuteurs et de chuteurs à répétition : registres locaux (un traitement des données extraites est nécessaire). • Aux fins de la comparaison entre les établissements, c'est l'année financière (1er avril au 31 mars) qui est utilisée à titre de période de référence.
Interprétation de l'indicateur	Cet indicateur peut fournir des indices quant à l'efficacité des interventions en prévention des rechutes chez les résidents ayant chuté une première fois. En principe, si l'établissement fait de bonnes interventions dès la première chute, le nombre de chutes par chuteur devrait être bas.
Référence	P. A. Quigley, 2013
Indicateurs complémentaires	Taux de déclaration Taux de chute sévères Taux de contention Profil ISO-SMAF de l'établissement, en tenant compte du fait que les profils les plus critiques sont les 8-11 Âge moyen des résidents

N° 6. FRÉQUENCE DES CHUTES PAR NIVEAU DE GRAVITÉ

Catégorie	Mesure de résultats
Définition	Tableau de décompte des chutes, pour chacun des 10 niveaux de gravité de l'échelle NCC ERP (AH-223). Le tableau de fréquence n'est pas un indicateur approprié à la comparaison inter-établissements.
Calcul	Aucun calcul à effectuer : l'information est générée par le registre local (nombre d'évènements par gravité et type d'évènement). Des calculs pourraient être nécessaires si les établissements voulaient faire des regroupements de niveaux de gravité (p. ex., distinguer les incidents de niveaux A et B des accidents de niveaux C à I) ou s'ils voulaient transformer les fréquences en nombres relatifs (%).
Source des données	Registres locaux
Interprétation de l'indicateur	Pour l'établissement, ce tableau de fréquences est un outil de description de la problématique des chutes et des défis à relever. Il peut fournir des indices utiles pour orienter les efforts d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. Il s'agit d'une mesure de distribution qui permet à l'établissement de mieux comprendre la problématique des chutes et de : • Distinguer les incidents et accidents; • Analyser les accidents; • Fournir un indice sur la façon dont on interprète les conséquences relatives aux chutes.
Référence	P. A. Quigley, 2013

N° 7. TAUX DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À L'ADMISSION

Catégorie	Processus
Définition	Indicateur en vigueur lorsque la prévention des chutes ne fait pas encore partie de la culture organisationnelle, implantation incomplète
Calcul	Nombre de dépistages de risque de chutes à l'admission / Nombre d'admissions dans la période X 100
Sources de données	• Outil interne pour chaque organisation lors de l'admission • Aux fins de la comparaison entre les établissements, c'est l'année financière (1er avril au 31 mars) qui est utilisée à titre de période de référence.
Interprétation	Constat sur l'implantation du programme de prévention dans l'organisation : indice du niveau d'implantation.
Référence	*Des soins de santé plus sécuritaire maintenant !*, 2012. P. A. Quigley, 2013 NICE, 2013
Indicateurs complémentaires	Taux de déclaration Taux de chute sévères, Profil ISO-SMAF de l'établissement, en tenant compte du fait que les profils les plus critiques sont les 8-11 Âge moyen des résidents Taux de plaies traumatiques (chutes) et de pression (niveau des grabataires) Transfert externe pour soins spécialisés

N° 8. TAUX DE CONTENTION	
Catégorie	Équilibre
Définition	Pourcentage de patients soumis à des mesures de contention
Calcul	$\frac{\text{Nombre d'usagers ayant des contentions à un moment X}}{\text{Nombre d'usagers présents à ce même moment X}}$ X 100
Source des données	• Audit (fréquence à déterminer)
Interprétation	Ce taux permet d'établir le nombre de contentions présent dans une organisation en tenant compte des nouvelles orientations ministérielles (depuis septembre 2013, toutes les ridelles relevées sont considérées comme une contention).
Références	*Des soins de santé plus sécuritaire maintenant !,* 2012 P. A. Quigley, 2013 NICE, 2013
Indicateurs complémentaires	Taux de déclaration Taux de chute sévères Profil ISO-SMAF de l'établissement, en tenant compte du fait que les profils les plus critiques sont les 8-11 Âge moyen des résidents Taux de plaies traumatiques (chutes) et de pression (niveau de grabataires) Transfert externe pour soins spécialisés

Bibliographie :

1) 2012 Des soins de santé plus sécuritaire maintenant! Accessed: http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/falls/pages/measurement.aspx. Le 31 mars, 2014.
2) Quigley PA, White SV. Hospital-based Fall Program Measurement and Improvement in High Reliability Organizations (2013). Online Journal of Nursing Issues. 18 (2).En provenance: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-2013/No2-May-2013/Fall-Program-Measurement.html le 31 mars, 2014.
3) National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Falls: Assessment and Prevention of Falls in Older People, June 2013, 33p. (Clinical guide No. 161)
4) Définition d'une chute. Organisation Mondiale de la santé. En provenance de : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/
5) Erik Stalhandske, MPP, MHSA; Peter Mills, PhD; Pat Quigley, PhD, ARNP, CRRN, FAAN; Julia Neily, MS, MPH; James P. Bagian, MD, PE. VHA's National Falls Collaborative and Prevention Programs. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign). Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug.
6) Naby A, Hali I. Approaching Geriatrics Patients: The Frequent Fallers. Scottish Universities Medical Journal (2013): 2(2): p. 20-27.
7) Schwenk M, Lauenroth A, Stock C, Rodriguez Moreno R, Oster P, McHugh G, Todd C, Hauer K. Defintions and methods of measuring and reporting on injurious falls in randomised controlled fall prevention trials: a systematic review. BMC Medical Research Methodology. 2012. http://www.biomedcentral.com/1471-2288/12/50
8) Campbell AJ, Robertson MC, Gardiner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM. Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women. BMJ. 1997. 315(7115(: 1065-1069.
9) Rizzo JA, Baker DI, McAvay G, Tinetti ME. The cost-effectiveness of a multifactorial targeted prevention program for falls among community elderly persons. Med Care. 1996: 34(9); 954-969.
10) Wolf SL, Barnhart HX, Kutner NG, McNeely E, Coogler C, XU T. Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of Tai Chi and computerized balance training. Atlanta FICSIT Group. Frailty and Injuries: Cooperative Studies of Intervention Techniques. Journal of the American Geriatric Society. 1996:44(5);489-497.
11) Maidan I, Freedman T, Tzemah R, Giladi N, Mirelman A, Hausdorff JM. Introducing a new definition of a near fall: Intra-rater and inter-rater reliability. Gait and Posture. 2014:39; 645-647.
12) Srygley JM, Herman T, Giladi N, Hausdorff JM. Self-report of missteps in older adults: a valid proxy of fall risk. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2009:90;786-792.
13) Stack E, Ashburn A. Fall events described by people with Parkinson`s disease : implications for clinical interviewing and the research agenda. Physiotherapy Research International. 1999:4; 190-200.
14) Gray P, HilderbrandK. Fall risk factor in Parkinson disease. Journal of Neuroscience Nursing. 2000: 32; 22-8.

Annexe 13. Aide-mémoire pour la prévention des chutes

Aide-mémoire en prévention des chutes

Interventions universelles auprès des personnes âgées de 65 ans et plus

Exercices

- Recommander la pratique d'exercices de renforcement musculaire et d'équilibre;
- Recommander la pratique du Tai-Chi.

La vision est-elle optimale?

- Vérifier si la personne a vu un optométriste ou un ophtalmologiste dans les deux dernières années;
- Recommander aux personnes avec cataracte la chirurgie d'exérèse;
- Référer pour évaluation du domicile les personnes avec troubles visuels importants.

La prise de vitamine D et calcium est-elle suffisante?

- Vérifier que tous prennent quotidiennement :
  - ✓ un supplément de 800 UI à 1 000 UI de vitamine D_3;
  - ✓ 1 200 mg de calcium (incluant les apports alimentaires).

La médication est-elle adéquate?

- Réviser l'indication des médicaments, l'adhésion et les effets secondaires;
- Inciter à réduire la prise de benzodiazépines en discutant des risques associés à ces médicaments et des caractéristiques du sommeil normal.

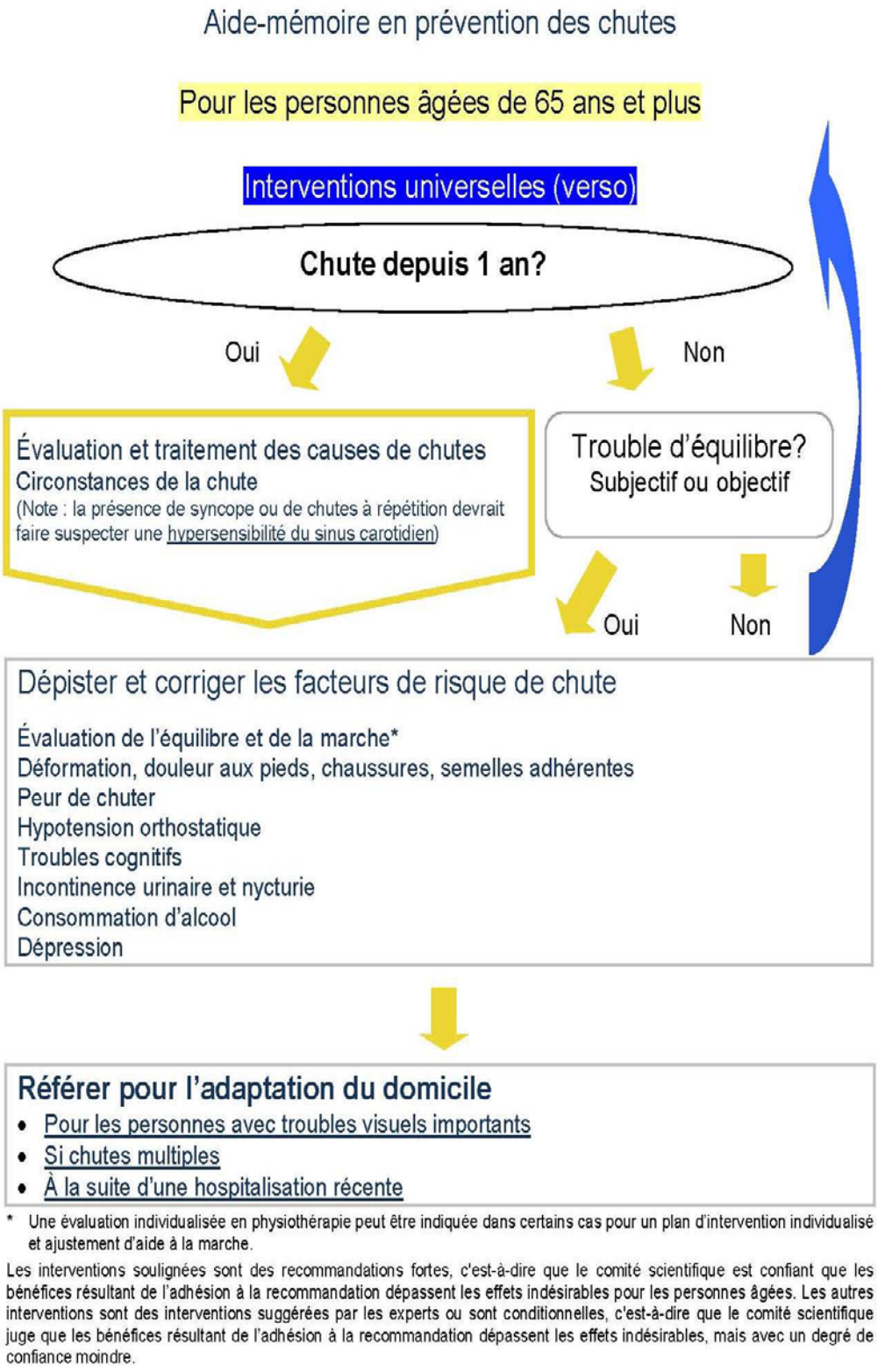
Quel est le risque de fracture?

- Vérifier les antécédents de fracture de fragilisation qui indiquent un risque élevé de fracture de 20 % sur 10 ans;
- Vérifier le risque de fracture (www.osteoporosecanada.ca/).

L'état nutritionnel est-il bon?

- Vérifier si la personne manifeste des indices de malnutrition : perte de poids, etc.;
- Vérifier si la personne est capable de se procurer des aliments sains et de préparer ses repas.

Les interventions soulignées sont des recommandations fortes, c'est-à-dire que le comité scientifique est confiant que les bénéfices résultant de l'adhésion à la recommandation dépassent les effets indésirables pour les personnes âgées. Les autres interventions sont des interventions suggérées par les experts ou sont conditionnelles, c'est-à-dire que le comité scientifique juge que les bénéfices résultant de l'adhésion à la recommandation dépassent les effets indésirables, mais avec un degré de confiance moindre.



Source : Gagnon C., Lafrance M. (2011). Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique. Institut national de santé publique du Québec, juin 2011.

ANNEXE 14. LISTE DES MÉDICAMENTS POUVANT AUGMENTER LE RISQUE DE CHUTE OU DE BLESSURES À LA SUITE D'UNE CHUTE

B-2 Quick Reference Chart - Medication Class, Impacts and Examples

Class of Medication	Impact of Medication	*Examples*
HIGH RISK		
Sedatives, Hypnotics, Anxiolytics	These medications tend to cause an altered or diminished level of consciousness impairing cognition and causing confusion	Benzodiazepines (Diazepam, Oxazepam, Lorazepam, Chloral Hydrate, Zopiclone)
Antidepressants	Increase risk of a fall by causing the individual to feel restlessness, drowsiness, sedation, blurred vision	Tricyclic antidepressants (amitriptyline, nortriptyline), SSRI (citalopram, fluoxetine, sertraline), SNRI (venlafaxine, mirtazipine)
Psychotropics/ Neuroleptics	Neuroleptics tend to cause individuals to experience agitation, cognitive impairment, dizziness, gait or balance abnormalities, sedation and visual disturbances (e.g., hallucinations)	Neuroleptics (haloperidol, risperidone, olanzapine, quetiapine, chlorpromazine, perphenazine)
MODERATE RISK		
Cardiac Medications	Medications that affect or alter blood pressure can increase the individual's risk to experience a fall Can be expressed as syncope	Vasodilators: hydralazine, minoxodil, nitroglycerin Diuretics: hydrochlorthiazide, lasix, spironolactone Calcium Channel Blockers: amlodipine, diltiazem, nifedipine, verapamil Beta Blockers: metoprolol, carvedilol, atenolol Alpha Blockers: terazosin Ace-Inhibitors: captopril, enalapril, fosinopril, ramipril Antiarrhythmics: amiodarone, digoxin
Alpha-blockers (for Benign prostatic hyperplasia)	Medication may cause vasodilation, lowering blood pressure and causing confusion.	Alpha Blockers (e.g., tamsulosin)

Class of Medication	Impact of Medication	*Examples*
Anticholinergics	Cause altered balance, motor coordination impairment, impaired reflexes, impaired cognition, visual disturbances	Benztropine, oxybutynin, atropine, hyoscine
Anti-histamines/Anti-nauseants	Affect balance, impair coordination, can cause sedation, and have anticholinergic properties	Antihistamines: meclizine, hydroxyzine, diphenhydramine (benadryl), chlorpheniramine Anti-nauseants: dimenhydrinate (gravol), prochlorperazine, metoclopramide
Anticonvulsants	Tendency to decrease level of consciousness or cause disequilibrium (problems with balance)	gabapentin, valproic acid, phenytoin, carbamazepine
Muscle Relaxants	Affect balance, motor coordination, reflexes, may impair cognition by causing sedation	Baclofen, Cyclobenzaprine, Methocarbamol, orphenadrine, tizanadine
Parkinson treatments	Can lower blood pressure and cause confusion	Levodopa, pramipexole, ropinirole
RISK IN SOME CLIENTS		
Opioids, Narcotic Analgesics	Primarily cause change in level of consciousness leading to confusion, sedation and potential visual hallucinations	Codeine, morphine, hydromorphone, fentanyl, oxycodone
Non-steroidal anti-inflammatory agents (NSAIDs)	Can cause sedation, confusion	Naproxen, ibuprofen
Stimulants	Primarily cause change in level of consciousness leading to confusion, and potential visual hallucinations	Methylphenidate, Ephedra
Insulin and oral hypoglycemics	Duration of action can vary from individual to individual due to different sources of exogenous insulin or oral medication Too little or too much insulin can cause a hyperglycemic or hypoglycemic reaction which can result in confusion, possibly orthostatic hypotension, dizziness and change in mental status	

Class of Medication	Impact of Medication	*Examples*
Over the Counter (OTC), Natural or Herbal Products and Alcohol	Over the counter products may contain anticholinergic agents or may have a sedating or stimulating effect	Cough and cold preparations Anti-allergy medication Decongestants Herbal products (e.g., valerian, kava, gotu kola, ginseng, St. John's Wort, ephedra) Alcoholic beverages
Ophthalmic medications	Medications can affect pupil dilation and night vision, sensitivity to light and glare, and blurring.	timolol/latanoprost/pilocarpine eye drops, natural tears or lubricants

Source : CPSI (Canadian Patient Safety Institute), Reducing falls and injuries from falls, Getting Started Kit (Second Edition) 2013.

ANNEXE 15. LISTE DE QUESTIONS PERMETTANT D'IDENTIFIER DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES FRÉQUENTES LIMITANT LE CHANGEMENT

Lorsqu'un plafonnement des résultats est constaté, il est utile de revoir certaines pratiques organisationnelles pouvant limiter l'étendue du changement de culture nécessaire.

Le groupe d'experts propose une série de questions permettant identifier certaines de ces pratiques limitant le changement.

Alors que ce questionnaire peut être utilisé à toutes les phases du programme, il est particulièrement utile à la phase 4 (« Maturité ») du modèle dynamique. Ce questionnaire n'est pas conçu comme un outil servant à suivre le degré d'implantation des composantes d'un programme. Cependant, plusieurs des questions pourraient être utiles et faire éventuellement partie d'un tel outil. Ce questionnaire est plutôt destiné à faire avancer la réflexion lorsque le taux de chute est stable ou augmente.

Liste de questions permettant une réflexion sur les facteurs limitant le changement : peut être utilisée à toutes les phases, mais particulièrement lorsque le taux de chute plafonne ou augmente.

Préalables et engagement

Le programme est-il toujours soutenu par la haute direction ?
Est-ce que ce soutien se traduit par une allocation de ressources suffisante pour accompagner le changement de culture nécessaire ?

1) Le programme est-il inscrit dans les priorités organisationnelles ?
2) Une personne s'est-elle vue confier ce mandat comme tâche principale ?
3) Des ressources spécifiques sont-elles allouées pour :
    a. l'élaboration du programme;
    b. la formation du personnel;
    c. la communication;
    d. l'accompagnement visant le changement des pratiques vers une culture plus sécuritaire et promouvant le maintien de l'autonomie;
    e. le suivi et l'évaluation du programme ?
4) La haute direction est-elle informée régulièrement de l'évolution de l'implantation et des résultats ? Par qui ? À quelle fréquence ? Sous quelle forme ?
5) La haute direction fait-elle le suivi des indicateurs ? Lesquels ? Revoit-elle les cibles de réduction ? À quelle fréquence ?

Description du contexte et énoncé de la problématique

Quels sont les changements effectués dans l'organisation qui semblent favorables ou défavorables à l'atteinte de l'objectif de diminution de la fréquence et de la sévérité des chutes ?

1) Parmi les priorités organisationnelles retenues, lesquelles pourraient affecter le programme de prévention des chutes (positivement/négativement) ?
2) Quels sont les changements dans l'organisation pouvant affecter le taux de chute (positivement/négativement) ?

Il faut penser ici à :

a) introduction de nouveaux programmes vs Abandon récent de programmes;

b) arrivée de nouvelles clientèles vs Départ de certaines clientèles;

c) changements récents dans la structure organisationnelle;

d) changements dans les lieux physiques;

e) restrictions budgétaires vs augmentation du budget alloué aux programmes pouvant diminuer le taux de chute;

f) autres.

Utilisateurs ciblés

L'engagement des personnes concernées est-il suffisant ?

1) Indiquez, pour chacun des éléments énoncés, trois indices permettant de conclure (ou non) que :

   a) les équipes de soins et de professionnels fonctionnent en véritable interdisciplinarité;

   b) les personnes concernées sont sensibilisées à l'importance de la prévention des chutes;

   c) les personnes concernées comprennent leur rôle et leurs responsabilités;

   d) les personnes concernées reconnaissent que leur rôle est tributaire du fonctionnement de l'équipe.

2) À quel niveau (en nombre par rapport à la taille de l'équipe) devrait se situer le roulement et/ou l'instabilité des équipes pour ne pas nuire à l'ancrage de nouvelles pratiques ? Ce niveau est-il atteint partout dans l'organisation ? Quels sont les secteurs les plus problématiques ?

3) Quels comités de l'établissement sont concernés par la prévention des chutes :

   a) comités dont c'est le mandat principal;

   b) comités qui formulent des énoncés pertinents pour la prévention des chutes.

4) Pour les comités dont c'est le mandat principal, quels sont les indicateurs permettant de conclure (ou non) :

   a) que leur mandat est bien respecté et répond aux attentes;

   b) que les éléments de prévention qu'ils véhiculent sont bien implantés;

   c) que leur mandat est bien respecté.

Population visée

Est-ce que le programme de prévention des chutes est adapté à l'ensemble des clientèles à risque de l'établissement ?

1) Existe-t-il un programme universel de prévention des chutes s'adressant à l'ensemble des usagers ?
2) Quelles sont les clientèles moins bien couvertes par les objectifs du programme ? Y a-t-il lieu de revoir le programme pour mieux les couvrir ?
3) Est-ce que les caractéristiques de la clientèle ont changé depuis la conception du programme ? En quoi ces changements affectent-ils les résultats quant à l'atteinte des cibles ?
4) Les usagers sont-ils impliqués dans l'évaluation du programme ? Comment ? (Sondage auprès des usagers, usagers siégeant sur le comité de prévention ?)

Identification des facteurs de risque

Y a-t-il lieu de questionner l'accent mis sur l'estimation des risques au détriment de l'application des interventions préventives ?

1) À ce moment de l'évolution du programme de prévention des chutes, quelle est la portion des activités dédiées **de formation** consacrées :
    a) À l'estimation des risques, incluant l'identification des facteurs de risque ?
    b) Au développement et à l'implantation d'interventions préventives ?
2) À ce moment de l'évolution du programme de prévention des chutes, quelle est la portion des activités dédiées **d'évaluation** (audits) consacrées :
    a) À l'estimation des risques incluant l'identification des facteurs de risque ?
    b) Au développement et à l'implantation d'interventions préventives ?

Interventions préventives universelles

L'environnement est-il adapté ?

1) Est-ce que l'environnement permet des déplacements sécuritaires ? Est-ce que les corridors sont dégagés ? Y a-t-il des mains courantes dans les corridors ?
2) Est-ce que les lits/civières sont adaptés à la clientèle (hauteur, largeur, ridelles) ? Quel est le pourcentage de lits bas ?
3) Est-ce que l'organisation effectue des audits pour vérifier la sécurité de l'environnement ? À quelle fréquence ? Qui est responsable ? Quelle grille utilise-t-on ? Comment se fait le suivi des recommandations ?
4) Est-ce que le personnel signale rapidement et selon la façon prescrite toute situation pouvant entraîner une chute ?
5) Concernant les ressources dédiées à l'adaptation de l'environnement :
    a) Les propositions de modification de l'environnement physiques ont-elles été recommandées et acceptées par la haute direction ?
    b) Les ressources nécessaires aux modifications demandées ont-elles été allouées ?
    c) Les travaux nécessaires ont-ils été effectués selon la priorité établie ?

Les employés, usagers et visiteurs sont-ils tous sensibilisés à la prévention des chutes ?

1) Quels sont les méthodes utilisées pour sensibiliser chacun des groupes de personnes concernées ?
2) Est-ce que les méthodes choisies sont reconnues comme efficaces ?
3) Sont-elles suffisamment diversifiées pour tenir compte de la diversité des apprenants ?
4) Est-il temps de renouveler la campagne de sensibilisation ?

Interventions préventives individualisées

Jusqu'à quel point les interventions préventives individualisées sont-elles implantées ?

1) Existe-t-il un écart entre la documentation des interventions au dossier et la pratique auprès de l'usager ? Comment est-ce vérifié (observations aléatoires et ciblées) ? À quelle fréquence ? Quels sont les résultats ?
2) Quel est le pourcentage d'interventions planifiées qui sont pertinentes et adaptées à l'usager ? Qui vérifie ? Comment est-ce vérifié ? Comment se fait la rétroaction auprès du personnel concerné ?
3) Est-ce que les ressources d'accompagnement (coaching) sont suffisantes pour permettre d'aller au-delà des audits de dossiers et d'évaluer ainsi ce qu'il faut faire de l'enseignement individualisé sur les interventions directes auprès de l'usager ?

   Les ressources d'accompagnement sont jugées suffisantes si elles permettent, par exemple, de répondre aux questions suivantes et d'apporter les correctifs nécessaires :

   a) Les occasions de prévention sont-elles toutes identifiées ?
   b) Les dangers/risques environnementaux dans la chambre de l'usager sont-ils tous identifiés ?
   c) Les interventions planifiées sont-elles bien choisies ?
   d) Les interventions effectuées au chevet sont-elles faites de la manière la plus efficace, compte tenu des caractéristiques de l'usager ?
4) Est-ce que les tournées intentionnelles sont implantées ? Si oui, ces tournées sont-elles l'occasion de véritablement anticiper les besoins de l'usager, en vue de prévenir les chutes ? Comment est-ce vérifié ? Les audits choisis permettent-ils de bien répondre à cette question ? Quels sont les temps de réponse aux cloches ?
5) Quel est le pourcentage des activités cliniques prévues à l'APPA (fiches cliniques) qui sont bien implantées ? Sont-elles effectivement réalisées au chevet de l'usager ? Comment est-ce vérifié ? Les audits choisis permettent-ils de bien répondre à cette question ?
6) Quel est le taux d'incidence du délirium sur chacune des unités de soins ? Est-ce vérifié par une méthode fiable ? L'établissement a-t-il établi une cible de réduction de ce taux Y a-t-il lieu de faire plus pour la prévention du délirium ?
7) Est-ce que les interventions faites en regard de la prévention des chutes s'inscrivent dans un continuum de soins ? Quels sont les éléments du continuum qui fonctionnent et ceux qui nécessitent amélioration ? Quelles sont les pistes d'amélioration ?

   a) Dépistage à l'urgence et identifications des facteurs de risque;
   b) Interventions préventives universelles et individualisées à l'urgence;

c) Transfert d'information lors d'une admission dans une unité de soins ou au congé de l'urgence;

d) Dépistage dans les unités de soins et identifications des facteurs de risque (vs mise à jour des données obtenues de l'urgence ou d'une autre unité);

e) Interventions préventives universelles et individualisées dans les unités de soins;

f) Transfert d'information lors d'un transfert dans une autre unité de soins ou au congé de l'hôpital;

g) Accès en externe aux programmes PCP, PIED, IMP. Temps d'attente ?

Suivi post-chute

Comment s'effectuent les suivis post-chute et quels sont leur impact ?

1) Quel est le mécanisme de suivi post-chute ? Au niveau local (par programme, service, unité de soins) ? Au niveau central (comité de prévention des chutes) ?

2) Les évaluations post-chute permettent-elles d'identifier des tendances ou des lacunes dans le programme ?

3) Qui est responsable du suivi des recommandations et comment se fait ce suivi ? Au niveau local, au niveau central ?

4) Est-ce que les services partagent les informations (indicateurs, tendances, recommandations) entre eux dans le but de prévenir des chutes partout dans l'établissement ?

Évaluation du programme

Comment fait-on l'évaluation du programme ?

1) Quels sont les indicateurs suivis partout dans l'organisation ? Y a-t-il lieu de les réviser ?

2) Réévalue-t-on annuellement la cible de diminution des taux de chute et de la proportion de chutes avec blessures ?

3) Est-ce que les intervenants directement impliqués auprès des usagers sont impliqués dans la démarche d'évaluation du programme ? Comment s'assure-ton que leur voix est entendue ?

4) Est-ce que l'organisation fait du *benchmarking* ? A-t-elle fait appel à des évaluateurs externes (p. ex., experts reconnus dans le domaine des chutes et/ou Centre d'expertise et d'accompagnement aux tables régionales et aux établissements) ?