



## Prévention des chutes : des données probantes à l'amélioration des soins de santé au Canada

Une collaboration entre Agrément Canada,  
l'Institut canadien d'information sur la santé et  
l'Institut canadien pour la sécurité des patients



**AGRÉMENT CANADA**  
**ACCREDITATION CANADA**

*Force motrice de la qualité des services de santé*  
*Driving Quality Health Services*



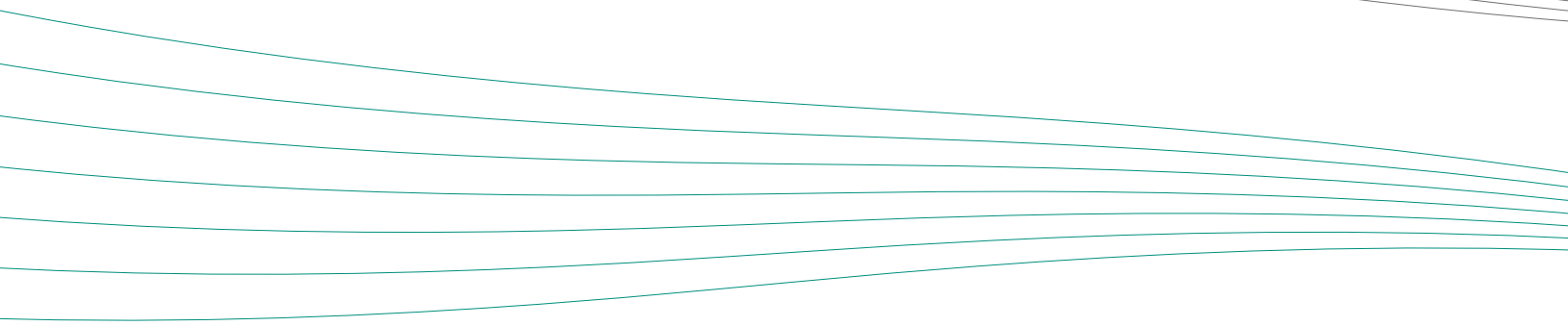
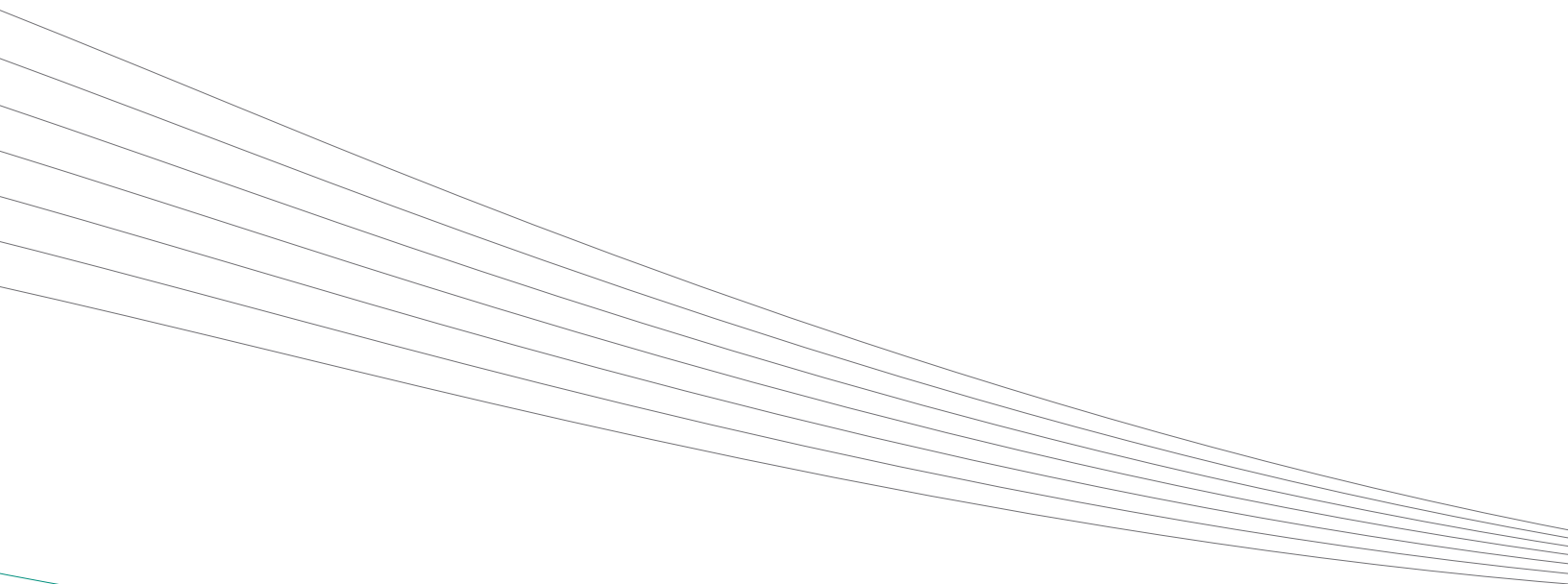
Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information



Canadian  
Patient  
Safety  
Institute

Institut  
canadien  
pour la sécurité  
des patients



# Table des matières

Faits saillants du rapport.....	5
Sommaire .....	6
Un problème national.....	9
Les chutes dans le continuum des soins.....	10
Risque de chutes dans les milieux de services à domicile et de soins de longue durée .....	11
Utilisation de médicaments et risque de chutes.....	13
Hospitalisations liées à une chute .....	14
Chemins des hospitalisations liées à une chute.....	15
Hospitalisation liée à une chute et niveau de soins alternatif.....	16
La prévention des chutes dans le cadre du programme Qmentum d’Agrément Canada : quelle est la performance des organismes canadiens? .....	17
POR relative à la stratégie de prévention des chutes .....	18
POR relative à l’évaluation des risques en matière de sécurité à domicile .....	20
Favoriser l’amélioration des initiatives de prévention des chutes : programme Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! de l’Institut canadien pour la sécurité des patients.....	22
Trousse de départ sur la prévention des chutes et des blessures causées par les chutes <i>Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!</i> .....	22
Appels et webinaires nationaux.....	23
Programmes d’amélioration.....	23
Mesures .....	24
Résultats.....	24
Leçons apprises .....	26
Histoire de réussite de la stratégie de prévention des chutes de l’initiative Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! en Saskatchewan : l’approche multidisciplinaire de l’autorité sanitaire régionale Cypress visant à éliminer les blessures causées par les chutes.....	26
Amélioration continue en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures : innovations dans la pratique, ressources et recherche en cours .....	28
Pratiques exemplaires d’Agrément Canada .....	29
Alertes mondiales sur la sécurité des patients.....	30
Cours sur la prévention des chutes .....	31
Programme sur la technologie de prévention des blessures chez les aînés (Technology for Injury Prevention in Seniors — TIPS) de l’Université Simon Fraser .....	31
Étude d’évaluation des stratégies et des actions d’aide à l’autonomie (Strategies and Actions for Independent Living — SAIL).....	32

Perspectives : prochaines étapes en matière de prévention des chutes .....	33
Annexe .....	34
Références .....	42

## Faits saillants du rapport

### Une collaboration entre Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la santé des patients

Les chutes chez les aînés (soit les personnes de 65 ans et plus) sont devenues une préoccupation majeure en matière de santé au Canada. Plus du tiers des aînés feront une chute et celle-ci peut entraîner des conséquences physiques et psychologiques dévastatrices, comme une incapacité, de la douleur chronique, une perte d'autonomie, une réduction de la qualité de vie et même la mort. Principale cause de blessures chez les aînés, les chutes constituent un fardeau considérable pour le système de santé. En effet, elles entraînent des coûts directs en soins de santé de l'ordre de 2 milliards de dollars par année au Canada.

En raison de ces conséquences négatives, il est nécessaire de mieux comprendre le fardeau qu'occasionnent les chutes pour les Canadiens et le système de santé. Où en sont les programmes de prévention des chutes dans les organismes de soins de santé canadiens? Quels sont les groupes les plus à risque de chuter? Quels sont les outils à la disposition des organismes? Dans le rapport *Prévention des chutes : des données probantes à l'amélioration des soins de santé au Canada*, Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'Institut canadien pour la santé des patients (ICSP) se penchent sur ces questions et présentent de l'information sur les chutes et leur prévention dans les milieux de soins de courte durée, de soins de longue durée et de services à domicile.

### Les chutes dans le continuum de soins

- Hospitalisations liées à une chute
  - De 2006-2007 à 2012-2013, le taux national d'hospitalisations liées à une chute chez les aînés était d'environ 16 par 1 000 habitants. De ces hospitalisations, plus de 80 000 (17 %) étaient associées à des chutes en soins en hébergement. Dans 8 % des cas d'hospitalisations, la chute a entraîné la mort.
  - Par ailleurs, 50 % des hospitalisations étaient liées à une chute survenue à la maison.
- Dans le secteur des soins de longue durée, le taux de chutes chez les aînés est plus élevé en milieu de soins en hébergement qu'en milieu hospitalier.

### Prévention des chutes dans les organismes de santé canadiens

- En 2013, 80 % des organismes évalués par Agrément Canada avaient mis en œuvre et évalué une stratégie de prévention des chutes visant à réduire le nombre de blessures consécutives à une chute chez leurs clients, contre 75 % en 2011. Les résultats dans le continuum de soins laissent croire qu'il y a encore une possibilité d'améliorer la prévention des chutes.
- En 2013, 93 % des organismes évalués par Agrément Canada avaient procédé à un examen des risques en matière de sécurité à domicile, ce qui englobe les risques de chutes, pour les clients qui recevaient des services à domicile.

## Favoriser l'amélioration continue en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures

- Les organismes de santé canadiens participent à un certain nombre d'initiatives visant à améliorer la prévention des chutes, dont la stratégie de réduction des chutes et des blessures causées par les chutes de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* de l'ICSP, les Alertes mondiales sur la sécurité des patients, la diffusion des pratiques exemplaires d'Agrément Canada et les cours sur la prévention des chutes.
- De la recherche novatrice est en cours en vue d'orienter les initiatives à venir sur la prévention des chutes.

## Sommaire

Les chutes et les blessures qui en découlent sont une préoccupation majeure en matière de santé au Canada et un élément prioritaire des soins de santé sécuritaires. Plus du tiers des aînés (soit les personnes de 65 ans et plus) feront une chute, et celle-ci peut entraîner des conséquences physiques et psychologiques dévastatrices sur la qualité de vie. Principale cause de blessures chez les aînés au Canada, les chutes représentent plus de 85 % des hospitalisations liées à une blessure, en plus d'être la principale cause de blessures pendant la prestation des soins dans les milieux de soins de longue durée, de services à domicile et de soins de courte durée. La prévalence élevée des chutes entraîne un lourd fardeau sur le système de santé en raison des soins additionnels que nécessitent les personnes blessées, des complications découlant des chutes et de la prolongation des séjours. Les coûts directs en soins de santé liés aux chutes sont estimés à 2 milliards de dollars par année au Canada.

En raison de ces importantes conséquences négatives, il est nécessaire de mieux comprendre le fardeau qu'occasionnent les chutes pour le système de santé et de favoriser l'amélioration des initiatives de prévention des chutes partout au pays. Dans le présent rapport, Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'Institut canadien pour la santé des patients (ICSP) présentent de l'information sur les chutes et leur prévention dans les milieux de soins de courte durée, de soins de longue durée et de services à domicile afin de tracer un portrait complet des chutes et des stratégies de prévention des chutes dans le système de santé canadien.

Pour examiner le fardeau des chutes au Canada, les données de l'ICIS sur les hospitalisations ont été analysées. Voici quelques-unes des principales constatations :

- De 2006-2007 à 2012-2013, le taux national d'hospitalisations liées à une chute chez les aînés était d'environ 16 par 1 000 habitants. À l'échelle provinciale, les taux allaient de 11,7 à Terre-Neuve-et-Labrador à 16,3 à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Plus de 80 000 (17 %) des hospitalisations liées à une chute étaient associées à des chutes en hébergement.
- Par ailleurs, 50 % des hospitalisations suite à une chute étaient dues à des chutes survenues à domicile. La majorité des hospitalisations restantes étaient associées à des chutes survenues en soins en hébergement, dans les écoles et dans des endroits publics.
- Dans 8 % des cas d'hospitalisations dues à une chute, la personne est décédée.

L'analyse des chutes dans les services à domicile et les soins de longue durée met en lumière les éléments suivants :

- Dans le secteur des soins de longue durée, le pourcentage de clients présentant un risque élevé est moindre en milieu hospitalier que dans un établissement de soins en hébergement.
- Le taux de chutes était plus élevé en soins en hébergement qu'en milieu hospitalier, ce qui peut s'expliquer en partie par la plus grande liberté de mouvement et l'utilisation accrue de médicaments chez les bénéficiaires en hébergement, deux facteurs susceptibles d'accroître le risque de chute.

Pour évaluer la performance du système de santé canadien en ce qui a trait à la prévention des chutes, les résultats de deux des pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada, soit la POR relative à la stratégie de prévention des chutes et la POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile, sont présentés. Les POR sont des pratiques fondées sur des données probantes qui réduisent les risques et contribuent à améliorer la qualité et la sécurité des services de santé. La conformité aux POR permet de mesurer les efforts des organismes de soins de santé canadiens visant à améliorer la sécurité des patients et à réduire les blessures causées par une chute.

La POR relative à la stratégie de prévention des chutes indique que « 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 ». De 2011 à 2013, cette POR a été évaluée dans 746 organismes de soins de santé<sup>i</sup>. Le taux de conformité est passé de 75 % en 2011 à 80 % en 2012 et 2013.

La POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile indique que « l'équipe effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour les clients qui reçoivent des services à domicile ». De 2011 à 2013, cette POR a été évaluée dans 240 organismes de soins de santé<sup>ii</sup>. Le taux de conformité est resté élevé (de 93 % à 94 %) pendant les trois années.

Pour favoriser l'amélioration de la prévention des chutes, l'ICSP a collaboré en 2008 avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario à la stratégie de réduction des chutes et des blessures causées par les chutes dans le cadre de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Depuis, le partenariat a élaboré des outils et des ressources qui appuient les efforts d'amélioration des organismes de soins de santé, dont la trousse de départ sur la prévention des chutes et des blessures causées par les chutes *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Cette trousse aide les professionnels qui travaillent dans le continuum

i. Les 746 organismes incluent 153 systèmes de santé, 143 organismes de soins de courte durée, 267 organismes de soins de longue durée, 43 organismes de services à domicile, 19 organismes de santé mentale et 121 organismes d'une autre nature, y compris des résidences pour aînés, des organismes de services de santé autochtones et des organismes offrant des services aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises, des soins liés au cancer, des services de santé communautaires, des soins palliatifs, des services de réadaptation et des services d'inhalothérapie.

ii. Les 240 organismes incluent 127 systèmes de santé, 54 organismes de services à domicile et 59 organismes d'une autre nature, y compris des organismes de services de santé autochtones, des organismes de soins de longue durée et des organismes offrant des services de soutien à domicile et de gestion de cas.



des soins de santé à mettre en œuvre des programmes de prévention des chutes et de réduction des blessures qui ciblent les aînés. Les équipes qui appliquent les stratégies fondées sur des données probantes présentées dans la trousse de départ ont également accès à des appels et à des webinaires nationaux, à des programmes d'amélioration ciblés, à des mesures normalisées et à un système de déclaration en ligne. Une amélioration des processus a été observée au sein de ces équipes de même qu'une corrélation entre cette amélioration et une réduction du pourcentage de chutes causant des blessures.

Il existe un certain nombre de ressources et de recherches qui peuvent appuyer les efforts des équipes de soins de santé du Canada en matière de prévention des chutes, dont les suivantes :

- La base de données des pratiques exemplaires d'Agrément Canada, accessible au [www.accreditation.ca/fr](http://www accreditation.ca/fr), qui contient des exemples de méthodes fructueuses mises en œuvre dans des organismes de l'ensemble du continuum des soins. Ces pratiques exemplaires sont novatrices et créatives, axées sur les clients et leur famille, évaluées, en mesure de produire les résultats prévus, durables et adaptables.
- Les Alertes mondiales sur la sécurité des patients, [www.alertessecuritedespateurs.com](http://www.alertessecuritedespateurs.com), forment un répertoire d'alertes et d'avis fondés sur les données probantes sur des incidents touchant la sécurité des patients. Les organismes participants déclarent des données sur les incidents touchant la sécurité des patients, le risque immédiat, les mesures d'atténuation mises en place, les leçons tirées et les solutions mises en œuvre pour prévenir les incidents et réduire le risque qu'ils se reproduisent.
- Des projets de recherche en cours, notamment ceux du programme de technologie de prévention des blessures chez les aînés (Technology for Injury Prevention in Seniors — TIPS) de l'Université Simon Fraser, et l'étude d'évaluation des stratégies et des mesures d'aide à l'autonomie (Strategies and Actions for Independent Living — SAIL) en Colombie-Britannique.

Les prochaines améliorations des programmes d'Agrément Canada, la Stratégie nationale intégrée de sécurité des patients ainsi que les activités permanentes de collecte de données et de production de rapports de l'ICIS continueront d'aider les organismes de santé canadiens à mettre en œuvre des stratégies efficaces de prévention des chutes afin de réduire les blessures causées par celles-ci. En collaboration avec les patients et leur famille, ils pourront réduire le nombre de chutes et de blessures qui en découlent.



## Un problème pancanadien

Une chute peut entraîner des conséquences physiques et psychologiques dévastatrices, comme une incapacité, de la douleur chronique, une perte d'autonomie, une diminution de la qualité de vie et même la mort (Agence de la santé publique du Canada, 2014). Les chutes chez les aînés sont devenues une préoccupation majeure en matière de santé au Canada.

Le père d'Irene Wald, 80 ans, était affaibli à la suite de complications liées à une chirurgie. Craignant qu'il puisse tomber en tentant de sortir du lit, Irene lui rendait visite à l'hôpital trois fois par jour pour lui prêter assistance. Un jour, entre deux visites d'Irene, M. Wald a été placé dans une chaise de contention et laissé sans surveillance. La chaise, utilisée pour prévenir les chutes, a basculé et M. Wald a été trouvé au sol par un passant alerté par ses cris. Il est malheureusement décédé cinq jours plus tard.

La mort de son père a motivé Irene Wald, de la Saskatchewan, à travailler à la défense des droits des patients auprès de Patients pour la sécurité des patients du Canada, un programme de l'Institut canadien pour la santé des patients dirigé par des patients et qui fait entendre leur point de vue pour favoriser la sécurité des soins de santé.

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

Plus du tiers des aînés (soit les personnes de 65 ans et plus) chutent (American Geriatrics Society et British Geriatrics Society, 2010). Les chutes sont la principale cause de blessures chez les aînés au Canada, représentant plus de 85 % des hospitalisations liées à une blessure (Scott et al., 2011). L'incidence des chutes chez les aînés est appelée à augmenter étant donné le vieillissement de la population. Selon les données du recensement, les aînés représentaient 15 % de la population en 2011. En 2031, ils devraient former près du quart de la population canadienne (Statistique Canada, 2011). De 2003 à 2008, le nombre de décès attribuables à une chute au Canada a grimpé de 65 % (Agence de la santé publique du Canada, 2014), et le nombre de chutes est appelé à augmenter à mesure que la proportion d'aînés augmentera au sein de la population canadienne.

D'un point de vue économique, les chutes constituent un lourd fardeau sur le système de santé en raison des soins que nécessitent les personnes blessées sous forme de visites chez le médecin, de séjours prolongés à l'hôpital et dans les centres de soins infirmiers, de services externes et de services de réadaptation.

## Le coût des chutes au Canada

- Les chutes représentent une part importante des coûts liés aux blessures au Canada. Le **fardeau économique total** des chutes est estimé à **6 milliards de dollars** par année (Parachute Canada, 2014).
- Les **coûts directs en soins de santé liés aux chutes** sont estimés à **2 milliards de dollars** par année au Canada. Le coût (par habitant) associé aux aînés canadiens est 3,7 fois supérieur à celui associé aux autres adultes (Smartrisk, 2009).
- En 2011, les aînés représentaient 15 % de la population canadienne (Statistique Canada, 2011). En 2031, les coûts directs en soins de santé liés aux chutes chez les aînés devraient représenter environ **4,4 milliards de dollars** (Scott et al., 2011).

Les données probantes mettent en lumière l'important effet négatif des chutes sur la qualité de vie des Canadiens et sur le système de santé. Elles appellent à une meilleure compréhension du fardeau que font peser les chutes sur les particuliers et sur le système de santé, et soulignent la nécessité d'appuyer l'amélioration des initiatives de prévention des chutes partout au pays. Certaines chutes mènent à une hospitalisation, tandis que d'autres se produisent chez les clients ou résidents d'un établissement de soins de santé ou chez les clients des services à domicile. Les deux catégories sont importantes, mais le présent rapport vise principalement les stratégies de prévention des chutes dans les milieux de soins de santé au Canada. Des études menées dans les milieux de soins de courte durée révèlent des taux de chutes allant de 1,3 à 8,9 par tranche de 1 000 jours-patients, les taux étant plus élevés dans les unités spécialisées en soins gériatriques, en neurologie et en réadaptation (Oliver, 2010).

Où en sont les programmes de prévention des chutes des organismes de soins de santé canadiens dans le continuum des soins? Quels éléments des stratégies de prévention des chutes sont parfaitement maîtrisés par les organismes, et quels sont ceux devant être améliorés? Quels groupes sont les plus à risque de chuter et profiteraient le plus de programmes de prévention des chutes? Quels sont les outils à la disposition des organismes qui mettent en œuvre des initiatives de prévention des chutes? Dans le présent rapport, trois organismes de soins de santé nationaux — Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'Institut canadien pour la santé des patients (ICSP) — diffusent de l'information sur les chutes et la prévention des chutes dans les milieux de soins de courte durée, de soins de longue durée et de services à domicile. Le rapport présente des statistiques nationales liées aux chutes dans le continuum des soins de santé, ainsi que des initiatives et des projets conjoints menés par ces trois organismes nationaux.

## Les chutes dans le continuum des soins

Quels sont les risques de chutes dans les milieux de services à domicile ou de soins de longue durée, en tenant compte de l'utilisation de médicaments, un facteur reconnu d'augmentation du risque de chutes? Que savons-nous au sujet des hospitalisations liées à une chute chez les aînés, y compris celles liées à une chute en milieu hospitalier? Quelles sont les conséquences des hospitalisations liées à une chute sur les personnes hospitalisées et le système de santé? La présente section examine ces questions.

## Risque de chutes dans les milieux de services à domicile et de soins de longue durée

Les services à domicile et les soins de longue durée dispensent des services d'aide aux activités de la vie quotidienne à des personnes en perte d'autonomie en raison de l'âge, d'une maladie chronique, de blessures ou d'incapacité, autant d'éléments qui augmentent le risque de chutes.

### Services à domicile et soins de longue durée

Les **services à domicile** permettent aux personnes qui n'ont pas besoin de résider dans un établissement de soins de longue durée ou de soins complexes de demeurer dans la collectivité en toute sécurité.

Les **soins de longue durée** englobent deux types de soins, soit ceux en hébergement et ceux en milieu hospitalier :

- Les **soins en hébergement** comprennent diverses options d'hébergement pour les personnes, principalement des aînés, qui ont des besoins variés en services de soutien. Les établissements de soins de longue durée dispensent en tout temps des services de soins infirmiers à leurs clients, dont la plupart y résident sur une base permanente. Leurs clients sont en général des personnes qui ne peuvent vivre de façon sécuritaire ou autonome à la maison en raison d'une maladie chronique ou d'un déclin de leurs fonctions physiques ou cognitives. Les établissements de soins en hébergement sont couramment appelés centres de soins infirmiers, foyers de soins personnels ou établissements de soins de longue durée.
- Les **soins de longue durée en milieu hospitalier** sont destinés aux personnes qui ne sont pas prêtes à obtenir leur congé de l'hôpital, mais n'ont plus besoin de soins de courte durée. Ils sont aussi appelés soins prolongés, soins pour maladies chroniques ou soins continus complexes, et dispensent des services professionnels continus à une population diversifiée qui présente des besoins complexes en santé.

En raison des différences entre les populations des deux secteurs, ceux-ci font l'objet d'une analyse distincte dans le présent rapport.

### Les antécédents de chutes d'une personne constituent le meilleur prédicteur des chutes.

Dans les milieux de services à domicile et de soins de longue durée, les risques de chutes sont cernés à partir des antécédents de chutes des clients. Les personnes qui ont été victimes de chutes successives sont considérées à risque élevé, tandis que celles qui n'ont fait qu'une chute sont considérées à risque modéré.

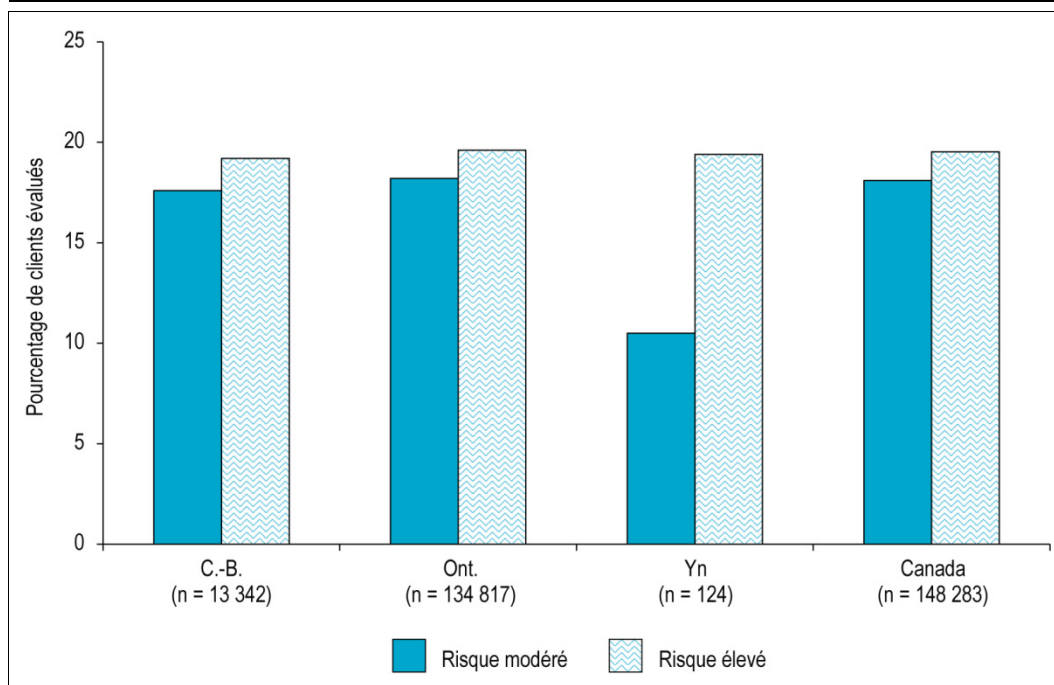
### Sources des données

Dans les milieux de services à domicile et de soins de longue durée, les clients et les résidents sont évalués au moyen d'un outil appelé l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal (RAI-MDS 2.0MD). Pour évaluer le risque de chute dans ces milieux, une mesure dérivée de l'outil, le guide d'analyse par domaine d'intervention (GAD) sur les chutes, est utilisée. L'utilisation de médicaments qui augmentent le risque de chute chez les aînés est examinée au moyen de données tirées du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS, et d'une autre mesure, soit l'utilisation d'antipsychotiques, dérivée de l'outil RAI-MDS 2.0.

Les figures 1 et 2 montrent le pourcentage de clients des services à domicile et des soins de longue durée<sup>iii</sup> dont les évaluations révèlent un risque de chute modéré à élevé.

Plus du tiers des clients des services à domicile évalués présentent un risque de chute (figure 1), soit plus de 55 000 personnes. Environ 16 % des résidents d'établissements de soins en hébergement évalués — soit quelque 25 000 personnes — de partout au Canada présentent un risque, mais des variations provinciales sont observables (figure 2). C'est également le cas pour plus du quart des patients des soins de longue durée en milieu hospitalier (voir à ce sujet la Figure A1 : Pourcentage de résidents des soins de longue durée en milieu hospitalier à risque de faire une chute, en annexe pour obtenir des précisions).

**Figure 1 : Pourcentage de clients des services à domicile à risque de faire une chute**



**Remarques**

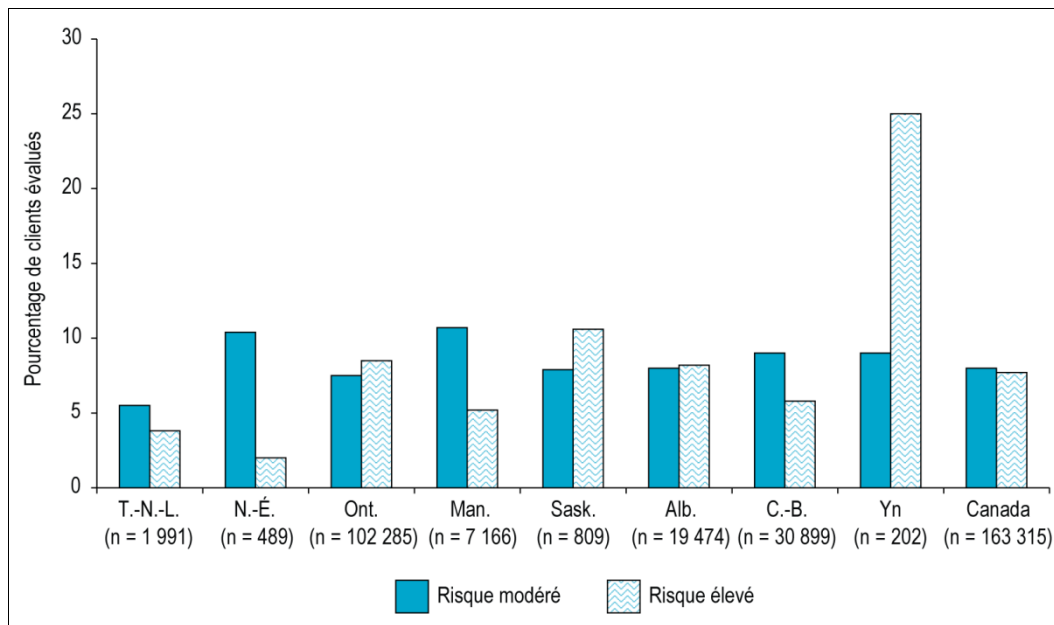
Les statistiques sont calculées pour l'ensemble des clients des services communautaires à domicile qui ont été évalués au moyen de l'instrument d'évaluation des résidents — services à domicile (RAI-HCMD) et dont les données ont été soumises à l'ICIS. Les services communautaires englobent tous les clients vivant dans une résidence privée, un appartement, un condominium ou dans une résidence avec services. Le nombre total de clients évalués est indiqué sous chaque province.

**Source**

Système d'information sur les services à domicile, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

iii. La collecte et la soumission de données sur les services à domicile, les soins en hébergement et les soins en milieu hospitalier varient selon la province et le territoire. Dans le cas des services à domicile, seuls la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Yukon soumettent des données. Tous les établissements de soins en hébergement de ces deux provinces et de ce territoire soumettent leurs données à l'ICIS. Dans le cas des soins de longue durée en milieu hospitalier, tous les hôpitaux dotés de lits réservés aux soins de longue durée de l'Ontario soumettent leurs données à l'ICIS. La couverture de l'ICIS est incomplète pour les autres provinces, et les résultats présentés ici sont exploratoires.

**Figure 2 : Pourcentage de résidents d'établissements de soins en hébergement à risque de faire une chute**



#### Remarques

Les résultats de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Yukon incluent tous les établissements financés par le secteur public. Les résultats des autres provinces et territoires reposent sur une couverture partielle des établissements (c.-à-d. ceux qui soumettent des données au Système d'information sur les soins de longue durée).

#### Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

Bien que le pourcentage de clients à risque soit plus élevé en milieu hospitalier qu'en établissement de soins en hébergement (27 % contre 16 %), le pourcentage de clients évalués présentant un risque élevé de chutes était moindre dans les soins de longue durée en milieu hospitalier que dans les établissements de soins en hébergement en Ontario et au Manitoba (6 % contre 9 % en Ontario, et 1 % contre 5 % au Manitoba).

Un certain nombre de raisons liées aux caractéristiques des populations, aux contextes et à la méthode de déclaration des chutes peuvent expliquer cette différence. Les patients des soins de longue durée en milieu hospitalier peuvent avoir une mobilité réduite en raison d'un état instable sur le plan médical ou de problèmes de santé complexes, tandis que les résidents d'établissements de soins en hébergement sont plus susceptibles de prendre des médicaments qui augmentent le risque de chutes.

## Utilisation de médicaments et risque de chutes

Un certain nombre de médicaments prescrits ont été associés à un risque accru de chutes, surtout chez les aînés (Bronskill et al., 2009; Hill et al., 2012). Il s'agit notamment des médicaments psychotropes tels les benzodiazépines, les antidépresseurs et les antipsychotiques. La hausse du nombre de chutes peut être liée à l'utilisation de ces médicaments ou à la présence de problèmes de santé ciblés par ces médicaments (Lindsey, 2009).

Selon les données de 2012 du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, le taux d'utilisation des benzodiazépines, des antidépresseurs et des antipsychotiques chez les aînés résidant dans les établissements de soins de longue durée était deux, trois et neuf fois plus élevé respectivement que chez ceux vivant dans la collectivité (voir à ce sujet le Tableau A1 : Taux d'utilisation des psychotropes dans les établissements de soins de longue durée selon le groupe d'âge des aînés adhérant à un régime public d'assurance-médicaments, 2012, en annexe). Pour chacune de ces trois catégories de médicaments, le taux d'utilisation diminuait avec l'âge chez les aînés habitant dans des établissements de soins de longue durée, mais augmentait chez ceux vivant dans la collectivité.

Selon les provinces et les territoires qui ont soumis des données au Système d'information sur les soins de longue durée de l'ICIS pour l'exercice 2013-2014, un peu plus du tiers des résidents évalués dans les établissements de soins en hébergement ont pris des antipsychotiques, contre un cinquième des patients des soins de longue durée en milieu hospitalier. Dans les provinces et les territoires qui ont soumis des données au Système d'information sur les services à domicile pendant la même période (soit la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Yukon), moins de 12 % des clients évalués se sont vu prescrire des antipsychotiques.

## Hospitalisations liées à une chute

Seule une faible proportion de chutes — au Canada, elle équivaut à environ 10 % — entraîne une hospitalisation (Smartrisk, 2009). Les données sur les hospitalisations ne permettent donc pas, à elles seules, d'estimer adéquatement la véritable ampleur des blessures causées par une chute et des autres conséquences possibles d'une chute (comme la perte d'autonomie). Elles fournissent néanmoins des renseignements sur les endroits où les chutes se produisent et sur certaines de leurs conséquences.

De 2006-2007 à 2012-2013, le taux national d'hospitalisations liées à une chute<sup>iv</sup> chez les aînés était d'environ 16 par 1 000 habitants (voir la Figure A2 : Taux d'hospitalisations liées à une chute [par 1 000 habitants] au Canada, 2006-2007 à 2012-2013, en annexe pour connaître les taux par année).

En 2012-2013, les taux normalisés d'hospitalisations liées à une chute chez les aînés variaient de 11,7 par 1 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador, à 16,3 par 1 000 habitants à l'Île-du-Prince-Édouard (voir à ce sujet la Figure A3 : Taux d'hospitalisations liées à une chute dans les provinces et les territoires du Canada, 2012-2013, en annexe).

---

iv. Les aînés (personnes de 65 ans et plus) hospitalisés à la suite d'une chute ont été définis comme ceux dont l'abrégié de sortie indique un diagnostic de chute accidentelle. Les hospitalisations ont été calculées au moyen des épisodes de soins. Un épisode de soins consiste en l'ensemble des hospitalisations successives en soins de courte durée. Pour constituer un épisode de soins, les transferts à l'intérieur des établissements et entre les établissements ont été liés.

## Taux d'hospitalisations liées à une chute au Canada

- En 2012-2013, on dénombrait 84 828 hospitalisations liées à une chute et 235 355 visites au service d'urgence en raison d'une chute chez les aînés canadiens.
- Par ailleurs, 50 % des hospitalisations étaient liées à une chute survenue à la maison.
- En 2012-2013, les chutes à l'hôpital représentaient 3,4 % de toutes les hospitalisations liées à une chute, soit 2 742 hospitalisations.
- Près de 1 épisode sur 5 (19,5 %) comportant une chute à l'hôpital s'est soldé par un décès à l'hôpital, ce qui représente 534 décès à la suite d'une chute à l'hôpital pour l'exercice 2012-2013.

### Sources

Base de données sur la mortalité hospitalière et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

## Cheminevements des hospitalisations liées à une chute

Le tableau 1 représente les quatre cheminevements de soins les plus courants chez les aînés hospitalisés à la suite d'une chute. Dans 8 % des cas, le patient est décédé pendant son séjour à l'hôpital. Le groupe le plus nombreux est formé d'aînés qui ont fait une chute à la maison et qui ont obtenu leur congé de l'hôpital pour rentrer chez eux, avec ou sans soutien. Le tiers des aînés hospitalisés à la suite d'une chute ont été transférés dans un établissement de soins de longue durée, et pour 45 % d'entre eux la chute avait eu lieu à la maison.

Dans l'ensemble, 15 % des hospitalisations sont liées à une chute qui s'est produite à la maison et se sont soldées par un transfert vers un établissement de soins de longue durée, ce qui illustre les bouleversements que peut entraîner une chute. Les aînés dont une chute à la maison a occasionné un transfert vers un établissement de soins de longue durée sont également ceux qui représentent la majorité des jours dans un niveau de soins alternatif (NSA)<sup>v</sup> chez les aînés hospitalisés à la suite d'une chute.

**Tableau 1 : Cheminevements des patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital après une chute, 2012-2013**

Cheminevement	Pourcentage d'hospitalisations liées à une chute
Domicile, avec ou sans soutien <sup>vi</sup>	40
Domicile vers établissement de soins de longue durée	15
Établissement de soins en hébergement vers établissement de soins de longue durée	10
Décès à l'hôpital	8

### Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

v. Le niveau de soins alternatif (NSA) s'applique à tout patient qui a terminé son traitement en soins de courte durée, mais qui continue d'occuper un lit de soins de courte durée.

vi. Inclut les personnes dont le lieu de la chute est non précisé et qui ont obtenu leur congé de l'hôpital pour retourner à la maison.



## Hospitalisation liée à une chute et niveau de soins alternatif

Environ les trois quarts des aînés hospitalisés à la suite d'une chute entre 2006-2007 et 2012-2013 ont passé une semaine à l'hôpital<sup>vii</sup>. La durée du séjour a connu peu de variation pendant la période de l'étude. Le quart restant a passé environ 3,5 fois plus de temps à l'hôpital.

Bien qu'elle soit passée de 29 à 24 jours pendant la période étudiée, la durée du séjour des patients hospitalisés dans un NSA à la suite d'une chute était beaucoup plus longue que ceux qui n'ont pas été hospitalisés dans un NSA (voir à ce sujet le Tableau A2 : Volume et durée médiane du séjour, ensemble des hospitalisations liées à une chute, avec et sans séjour dans un NSA, 2006-2007 à 2012-2013, en annexe). Comme il a été mentionné précédemment, la majorité des patients qui ont fait un séjour dans un NSA attendaient leur transfert vers un établissement de soins de longue durée. Comparativement aux aînés dont l'hospitalisation n'était pas liée à une chute, ceux hospitalisés à la suite d'une chute étaient quatre fois plus susceptibles d'effectuer un séjour dans un NSA.

### Relation entre les fractures de la hanche et les hospitalisations liées à une chute au Canada, 2009-2010 à 2012-2013

La majorité des fractures sont causées par une chute chez les aînés, les fractures de la hanche étant la blessure grave la plus courante (Fuller, 2000; Jager et al., 2000; Ro et al., 2005; Scott et al., 2010). Près de la moitié des aînés qui se fracturent la hanche en tombant ne seront plus jamais capables de marcher de façon autonome, et un sur cinq mourra dans les six mois qui suivent la chute (Luxton et Riglin, 2003).

- Si l'on tient compte des fractures de la hanche survenues à l'hôpital et ailleurs, 9 fractures sur 10 chez les aînés étaient liées à une hospitalisation à la suite d'une chute.
- Environ le tiers des hospitalisations dues à une chute sont liées à une fracture de la hanche.
- Les patients ayant subi une fracture de la hanche à l'hôpital ou ailleurs étaient plus susceptibles d'être transférés vers un établissement de soins de longue durée (43 % et 49 %, respectivement) que ceux dont l'hospitalisation à la suite d'une chute n'était pas liée à une fracture de la hanche (25 %).
- Le taux de mortalité hospitalière était nettement plus élevé chez les patients ayant subi une fracture de la hanche à l'hôpital (28 %) que chez ceux hospitalisés à la suite d'une chute ayant causé une fracture de la hanche (9 %) ou n'ayant pas causé de fracture de la hanche (8 %). Veuillez consulter à ce sujet le Tableau A3 : Fractures de la hanche (à l'hôpital et ailleurs) et hospitalisations liées à une chute au Canada, 2009-2010 à 2012-2013, en annexe.

vii. Les taux du Québec ont été exclus en raison des limites des données.

## La prévention des chutes dans le cadre du programme Qmentum d'Agrément Canada : quelle est la performance des organismes canadiens?

Pour prévenir les chutes à la maison, dans les établissements de soins en hébergement et dans les établissements de soins de longue durée ainsi que les blessures qui en découlent, il importe de mettre en place des stratégies de prévention. Ces stratégies sont évaluées dans le cadre du programme Qmentum d'Agrément Canada. La présente section traite des résultats de deux des pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada, soit la POR relative à la stratégie de prévention des chutes et la POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile. La conformité à ces POR permet de mesurer efficacement les efforts des organismes de soins de santé canadiens visant à améliorer la sécurité des patients et à réduire les blessures causées par les chutes.

Près de 1 200 organismes (représentant 6 000 milieux de prestation qui varient en fonction de leur taille, de l'étendue de leurs services et du contexte dans lequel ils évoluent) participent aux programmes d'Agrément Canada chaque année. Les organismes agréés par Agrément Canada sont soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une autoévaluation exhaustive, des visiteurs chevronnés provenant d'organismes de santé agréés procèdent à une visite d'agrément visant à évaluer la performance de l'organisme par rapport aux normes pancanadiennes d'Agrément Canada.

Un des éléments clés de la visite d'agrément consiste à déterminer si l'organisme respecte les POR. Intégrées au programme d'agrément en 2005, les POR sont des pratiques fondées sur des données probantes qui réduisent les risques et contribuent à améliorer la qualité et la sécurité des services de santé. Les POR sont élaborées en consultation avec des experts du domaine de la santé, dont des praticiens, des chercheurs, des décideurs, des représentants des ministères de la Santé, des universitaires et des prestataires de soins de santé à l'échelle provinciale, territoriale et du Canada. Les initiatives et les priorités déjà en cours dans chaque province et territoire sont également d'importants facteurs dont on tient compte dans le processus d'élaboration des POR. Chaque POR s'appuie sur la recherche, notamment sur les données probantes à l'appui des méthodes employées pour améliorer les résultats pour les patients et réduire les coûts.

## POR relative à la stratégie de prévention des chutes

La POR relative à la stratégie de prévention des chutes a été intégrée au programme Qmentum en 2008. Elle consiste en un énoncé de l'objectif, une ligne directrice fondée sur une raison d'être et des données probantes, et des tests de conformité. Chaque test de conformité permet de vérifier le respect ou le non-respect de la pratique et l'organisme doit réussir tous les tests pour qu'Agrément Canada considère qu'il se conforme à la POR.

La POR relative à la stratégie de prévention des chutes exige ceci :

*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.*

La conformité à la POR relative à la stratégie de prévention des chutes a augmenté depuis son intégration au programme Qmentum en 2008, mais on peut encore faire mieux.

De 2011 à 2013, la POR relative à la stratégie de prévention des chutes a été évaluée dans 153 systèmes de santé, 143 organismes de soins de courte durée, 267 organismes de soins de longue durée, 43 organismes de services à domicile et 19 organismes de santé mentale, de même que dans 121 organismes d'une autre nature<sup>viii</sup>.

La conformité à la POR relative à la stratégie de prévention des chutes a augmenté depuis son intégration au programme Qmentum en 2008, mais on peut encore faire mieux. Bon nombre des difficultés initiales avaient trait aux ressources nécessaires à la mise en œuvre d'une stratégie exhaustive de prévention des chutes, ainsi qu'au manque de ressources éducatives et d'outils pour aider les organismes. Depuis l'intégration de la POR, beaucoup d'organismes se sont dotés de programmes exhaustifs de prévention des chutes. Dans tous les milieux de soins, les initiatives doivent viser un équilibre entre les besoins des clients et le recours à des moyens de prévention des chutes, comme la contention, de façon à assurer une gestion appropriée de la dignité du risque<sup>ix</sup> (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009).

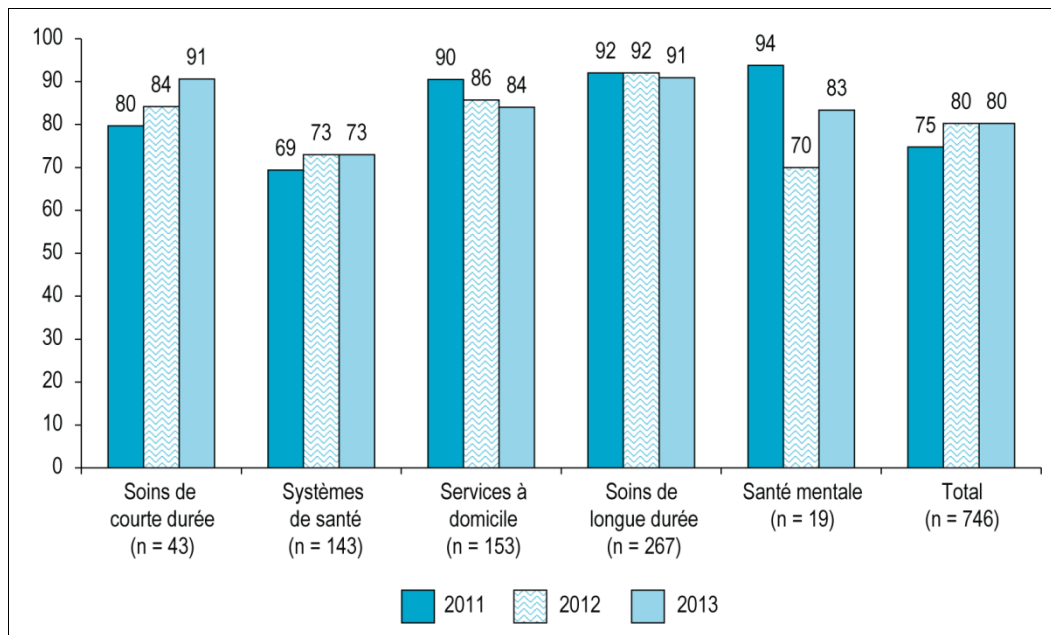
Le taux de conformité pancanadienne indique le pourcentage des organismes au Canada qui ont été évalués au cours d'une année et qui ont réussi tous les tests de conformité relatifs à une POR. Comme l'illustre la figure 3, le taux de conformité pancanadienne associé à la POR relative à la prévention des chutes est passé de 75 % en 2011 à 80 % en 2012 et 2013.

viii. Les organismes d'une autre nature incluent des résidences pour aînés, des organismes de services de santé autochtones et des organismes offrant des services aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises, des soins liés au cancer, des services de santé communautaires, des soins palliatifs, des services de réadaptation et des services d'inhalothérapie.

ix. La dignité du risque consiste à respecter l'autodétermination d'une personne, c'est-à-dire sa capacité de faire des choix pour elle-même (Disability Practice Institute, 2014).

Les organismes de soins de courte durée et de longue durée sont ceux qui affichent le taux le plus élevé (plus de 90 % en 2011, 2012 et 2013). Des baisses ont été observées dans les secteurs des services à domicile et de la santé mentale; la variation pourrait être en partie attribuable aux différentes combinaisons d'organismes évalués selon l'année. Les systèmes de santé, qui affichaient un taux de conformité de 73 % en 2013, ont connu des hausses modestes. La mise en œuvre d'une POR dans un large éventail de secteurs de services au sein d'un système peut s'avérer difficile. Ces résultats laissent croire qu'il est encore possible d'améliorer la prévention des chutes dans beaucoup de secteurs et d'organismes de soins de santé au Canada.

**Figure 3 : POR relative à la prévention des chutes d'Agrément Canada, taux de conformité nationale par secteur, 2011 à 2013**



**Remarque**

Les systèmes de santé incluent les autorités sanitaires et les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec.

La POR relative à la prévention des chutes est évaluée dans 21 secteurs de soins. En 2013, le taux de conformité pancanadienne à la POR était le plus élevé dans les organismes qui se conforment à l'ensemble de normes *Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises* (conformité totale) et le moins élevé (48 %) dans ceux qui se conforment à l'ensemble de normes *Centres d'imagerie médicale* (la POR est évaluée dans les centres d'imagerie médicale depuis 2013). Pour connaître le taux de conformité nationale par ensemble de normes et secteur de services, veuillez consulter le Tableau A4 : POR relative à la prévention des chutes d'Agrément Canada, taux de conformité pancanadienne par ensemble de normes, 2011 à 2013, en annexe.

Le tableau 2 indique les tests de conformité à la POR relative à la prévention des chutes. Les tests associés aux résultats les moins élevés sont « l'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes » et « l'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue ». Les visiteurs ont remarqué que certains organismes n'utilisent pas de mesures pour évaluer l'efficacité de leur stratégie de prévention des chutes, ou n'évaluent pas leur stratégie.

Les visiteurs ont remarqué que certains organismes n'utilisent pas de mesures pour évaluer l'efficacité de leur stratégie de prévention des chutes, ou n'évaluent pas leur stratégie.

**Tableau 2 : Tests de conformité à la POR relative à la prévention des chutes d'Agrément Canada, taux de conformité nationale, 2011 à 2013**

Test de conformité	Taux de conformité nationale (%)		
	2011	2012	2013
L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes.	85	88	89
La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	88	88	90
La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	87	88	89
L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	79	82	82
L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	77	81	81

## POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile

La POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile a été intégrée au programme Qmentum d'Agrément Canada en 2010 en vue d'une évaluation pendant les visites d'agrément effectuées à compter de janvier 2011. Les organismes de services à domicile ont peu de contrôle direct des risques présents dans le domicile du client; toutefois, la sécurité des clients, des familles et du personnel qui prennent part aux services de santé à domicile est accrue quand une évaluation des risques est effectuée. L'évaluation et l'atténuation des dangers de chute sont des éléments clés de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile. Les résultats d'une évaluation des risques à domicile en ce qui a trait à la sécurité peuvent servir à établir les priorités parmi les secteurs de services en plus d'aider à définir des stratégies sécuritaires à intégrer aux plans de services et à communiquer aux clients, aux familles et aux organismes partenaires. Les évaluations des risques protègent à la fois les clients et le personnel.

La POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile exige ceci :

*L'équipe effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour les clients qui reçoivent des services à domicile.*

De 2011 à 2013, cette POR a été évaluée dans 127 systèmes de santé et 54 organismes de services à domicile, de même que dans 59 organismes d'une autre nature<sup>x</sup>. Comme le montre le tableau 3, le taux de conformité à cette POR demeure élevé (de 93 % à 94 %) au fil des ans. Il est plus faible dans les systèmes de santé, mais la mise en œuvre d'une POR dans un large éventail de secteurs de services dans l'ensemble du système peut s'avérer plus difficile.

**Tableau 3 : POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile d'Agrément Canada, taux de conformité nationale par secteur, 2011 à 2013**

Secteur	Taux de conformité nationale (%)		
	2011	2012	2013
Systèmes de santé	93	85	90
Services à domicile	100	100	100
Tous les secteurs	94	93	93

La POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comporte cinq tests de conformité. Chaque test de conformité permet de vérifier le respect ou le non-respect de la pratique et l'organisme doit réussir les cinq tests pour satisfaire à la POR.

Le tableau 4 indique les taux de conformité pour chaque test de conformité à la POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile. Les résultats de chacun des tests demeurent élevés au fil des ans. Pour connaître le taux de conformité pancanadienne par test et ensemble de normes, veuillez consulter le Tableau A6 : Tests de conformité à la POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile d'Agrément Canada, taux de conformité pancanadienne, ensemble de normes Soins et services à domicile, 2011 à 2013. Les organismes qui appliquent les ensembles de normes Services de gestion de cas et Services de soutien à domicile se sont pleinement conformés à la ROP.

**Tableau 4 : Tests de conformité à la POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile d'Agrément Canada, taux de conformité nationale, 2011 à 2013**

Test de conformité	Taux de conformité nationale (%)		
	2011	2012	2013
L'équipe effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour chaque client au début des services.	97	93	95
L'évaluation des risques en matière de sécurité comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques et de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risques du client et des mesures d'urgence.	96	97	97
L'équipe utilise l'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité pour planifier et offrir des services aux clients, et la communique aux partenaires qui participent à la planification des soins.	98	95	95
L'équipe met à jour régulièrement l'évaluation des risques en matière de sécurité, et elle utilise l'information pour apporter des améliorations aux services de santé du client.	95	95	94
L'équipe renseigne les clients et les familles au sujet des problèmes de sécurité à domicile relevés dans l'évaluation.	98	95	95

x. Les organismes d'une autre nature incluent les organismes de services de santé autochtones et ceux offrant des services de soutien à domicile et de gestion de cas.

## Favoriser l'amélioration des initiatives de prévention des chutes : programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* de l'Institut canadien pour la sécurité des patients

Étant donné la prévalence des chutes qui surviennent dans les établissements de soins de santé au Canada et l'importance accordée aux stratégies de prévention des chutes dans le continuum des soins, quelles sont les ressources mises au point pour appuyer les efforts de prévention des chutes des organismes de santé? Depuis 10 ans, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) s'efforce d'appuyer les améliorations à la qualité des soins et à la sécurité des patients dans l'ensemble du système de santé canadien. En 2008, l'ICSP a collaboré avec l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario dans le cadre de la stratégie de réduction des chutes et des blessures causées par les chutes *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM). Depuis, le partenariat a élaboré des outils et des ressources qui appuient les efforts d'amélioration des organismes de soins de santé.

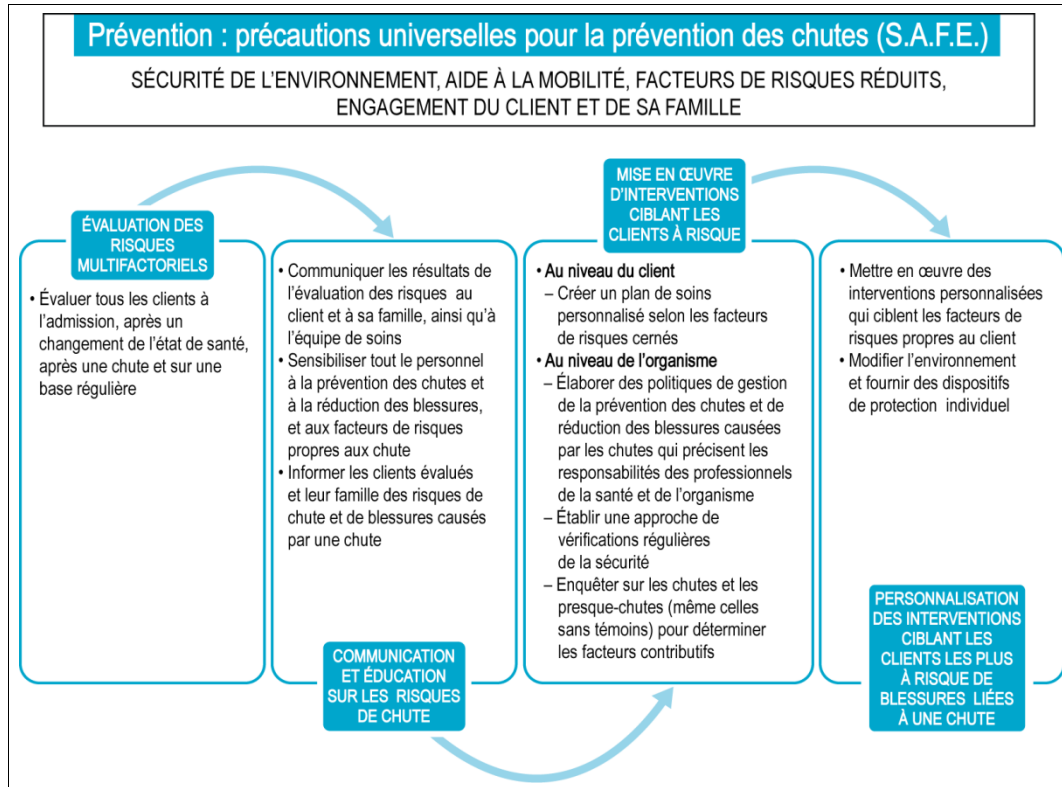
### Trousse de départ sur la prévention des chutes et des blessures causées par les chutes *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*

La trousse de départ sur la prévention des chutes et des blessures causées par les chutes *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM), accessible au [www.saferhealthcarenow.ca/fr](http://www.saferhealthcarenow.ca/fr), est un guide qui aide les professionnels œuvrant dans différents secteurs de soins (soins de courte durée, soins de longue durée et services à domicile) à mettre en place des programmes de prévention des chutes et de réduction des blessures qui ciblent les personnes de 65 ans et plus. La trousse décrit en détail des stratégies fondées sur des données probantes pour mettre en œuvre des mesures de prévention des chutes et de réduction des blessures et les améliorer.

La trousse de départ décrit les cinq principaux éléments des stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures à l'intention du personnel des soins de courte durée, des soins de longue durée et des services à domicile. La figure 4 illustre le modèle d'intervention pour la prévention des chutes et la réduction des blessures. Les cinq principaux éléments de ce modèle sont la prévention, l'évaluation des risques multifactoriels, la communication et la formation sur les risques de chutes, les interventions ciblant les personnes à risque, et les interventions personnalisées destinées aux personnes présentant un risque élevé de blessure liée à une chute.



Figure 4 : Modèle d'intervention pour la prévention des chutes et la réduction des blessures



## Appels et webinaires nationaux

La campagne *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* comprend des webinaires nationaux sur la sécurité des patients qui diffusent de nouvelles données probantes et favorisent le transfert des connaissances au moyen de témoignages et de pratiques efficaces d'équipes exemplaires. À titre d'exemple, plus de 220 lignes ont été ouvertes en novembre 2013 pour les besoins d'une présentation interactive donnée par le D<sup>r</sup> Michael Gardam au sujet de la prise en charge de première ligne et de la déviance positive appliquées à la prévention des chutes (un concept issu du domaine de la prévention et du contrôle des infections). Pour consulter les avis d'appels à venir et les enregistrements des webinaires, dont l'exposé « Comment mon résident tombe-t-il? » de M. Stephen Robinovitch, consultez le [www.saferhealthcarenow.ca/fr](http://www.saferhealthcarenow.ca/fr).

## Programmes d'amélioration

Pour aider les équipes à accélérer leurs initiatives d'amélioration et pour faciliter la diffusion des connaissances, l'apprentissage et la collaboration entre les équipes de soins de santé, des conseillers en amélioration et des spécialistes des chutes cliniques rattachés à l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* ont offert des programmes d'amélioration axés sur la prévention des chutes et la réduction des blessures. Depuis 2008, l'initiative SSPSM a mis en œuvre un certain nombre de programmes d'amélioration en partenariat avec l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, le ministère de la Santé de la Saskatchewan et le Saskatchewan Health Quality Council.

## Mesures

L'objectif global de la stratégie de réduction des chutes et de blessures causées par les chutes de l'initiative SSPSM est de réduire de 40 % les chutes et les blessures qui en découlent. Les équipes qui participent aux interventions ont l'occasion de définir des objectifs locaux d'amélioration de la qualité lorsqu'ils élaborent leur plan d'amélioration pour tenir compte de leur situation actuelle et de leur potentiel d'amélioration.

Un des éléments importants de la stratégie de réduction des chutes est la mesure des résultats. Elle comporte 19 mesures pour les soins de courte durée et de longue durée, et 6 pour les services à domicile (voir à ce sujet le Tableau A7 : Mesures de la stratégie de prévention des chutes et des blessures causées par les chutes de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* en annexe). La soumission de données au groupe de mesure central de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* est fortement encouragée, car elle permet de mesurer les progrès vers l'atteinte des objectifs d'amélioration. Depuis 2008, plus de 190 organismes ont soumis des données sur la prévention des chutes en soins de courte durée, en soins de longue durée et dans les services à domicile. Un formulaire de collecte de données au niveau du patient (outil de vérification) a été créé pour aider les équipes à mettre en œuvre un programme d'amélioration en matière de prévention des chutes (voir à ce sujet la Figure A4 : Formulaire de collecte de données sur la prévention des chutes de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* en annexe). Facile à utiliser, cet outil repose sur la technologie de reconnaissance optique des marques pour réduire le fardeau de la collecte de données.

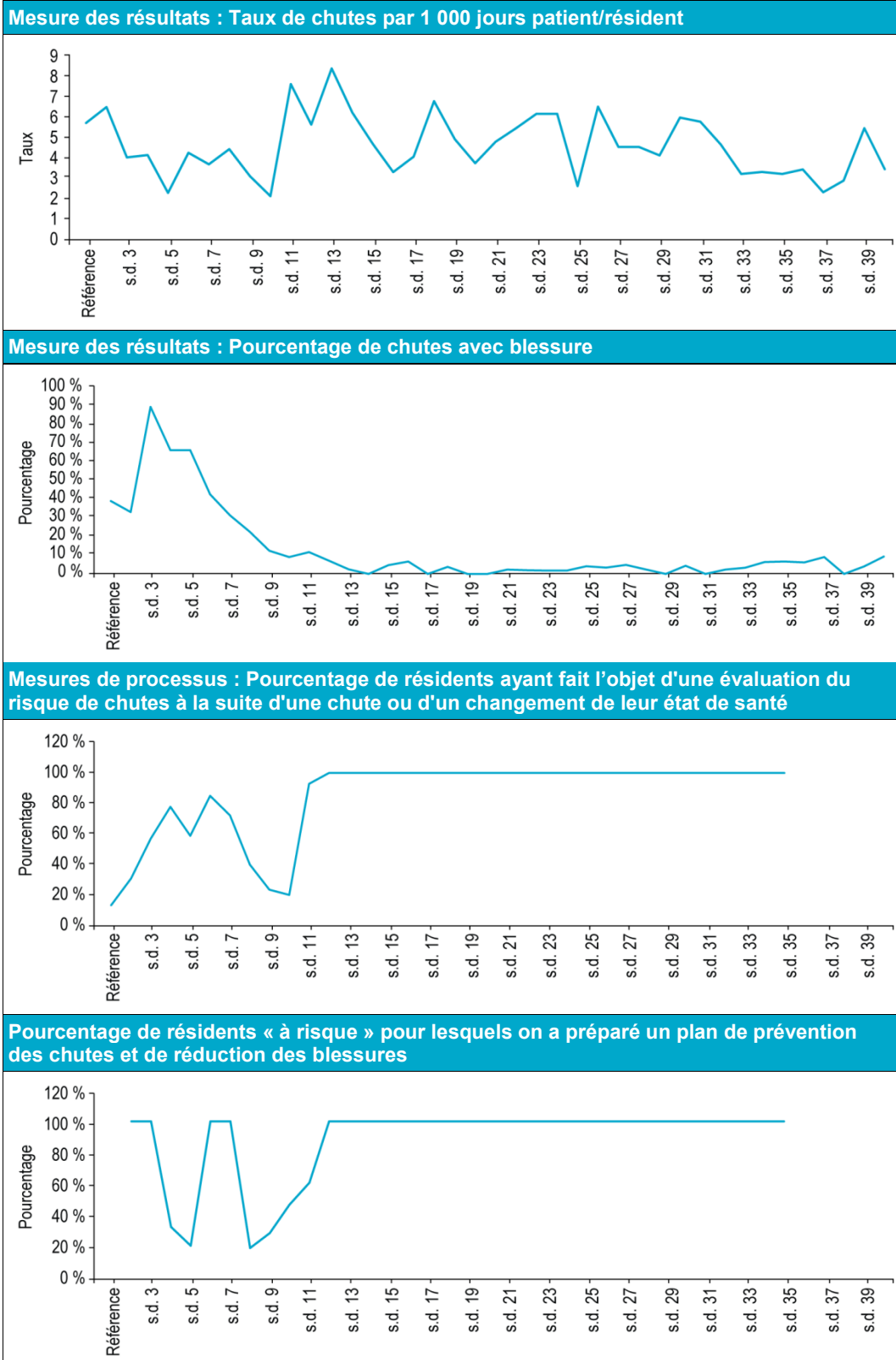
## Résultats

Le taux de chutes déclarées dans le cadre de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* révèle d'importantes variations au fil du temps, attribuables en partie aux facteurs suivants :

- degré de préparation des équipes participantes;
- tailles restreintes des échantillons;
- présence d'un ou de plusieurs patients ou résidents qui font des chutes fréquentes;
- sensibilisation accrue qui se traduit par une augmentation du nombre de chutes déclarées;
- autres facteurs connexes, dont les nouvelles admissions, le roulement du personnel et le soutien de la part des membres de la famille.

Malgré une très faible amélioration des taux de chutes, les équipes ont apporté d'importantes améliorations à leurs processus, et il semble y avoir corrélation avec une réduction du pourcentage de chutes avec blessure. Un exemple d'équipe illustrant cette tendance se trouve à la figure 5.

**Figure 5 : Échantillon de données issues d'un établissement de soins de longue durée participant à l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!***



**Remarque**

s.d. : soumission de données.

## Leçons apprises

Un certain nombre de leçons ont été tirées de la stratégie de prévention des chutes et des programmes conjoints de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (Maclaurin et McConnell, 2011) :

- La participation à la stratégie de prévention des chutes et aux programmes concertés contribue à faire de la prévention des chutes une priorité continue dans le milieu de travail.
- Des changements positifs dans la mesure des processus appuient les progrès vers l'amélioration des résultats.
- L'amélioration continue est difficile et nécessite l'engagement permanent de tous les membres de l'équipe.
- L'expérience acquise dans le cadre des programmes d'amélioration oriente le travail de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* et de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario visant à appuyer l'utilisation de données probantes dans la pratique.

## Histoire de réussite de la stratégie de prévention des chutes de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* en Saskatchewan : l'approche multidisciplinaire de l'autorité sanitaire régionale Cypress visant à éliminer les blessures causées par les chutes

L'autorité sanitaire régionale Cypress de la Saskatchewan a mis en œuvre une approche multidisciplinaire pour l'atteinte de son objectif d'élaborer une stratégie de prévention des chutes afin d'améliorer la sécurité des patients et de se conformer à la POR relative à la stratégie de prévention des chutes d'Agreement Canada. Le personnel médical, les patients et les résidents ont ainsi été appelés à collaborer en vue d'éliminer les blessures causées par les chutes dans les établissements de soins de longue durée, les établissements de soins de courte durée et les services à domicile. Bien que l'objectif de réduire de 50 % le nombre de chutes avec blessure d'ici le 31 mars 2014 ait été atteint, les données sur les chutes continueront de faire l'objet d'une surveillance afin d'assurer des améliorations durables.

Initialement, six établissements de soins de longue durée ont participé à l'élaboration des cycles du modèle PEÉA (planifier, exécuter, étudier et agir) et à mettre en œuvre l'approche *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* L'initiative s'est depuis étendue aux six autres établissements de soins de longue durée de l'autorité sanitaire. L'outil de dépistage des risques de chute Scott est utilisé pour évaluer les patients et les résidents à l'admission, puis des plans personnalisés sont élaborés pour atténuer les risques. Des dispositifs de protection, comme des bas antidérapants et des protecteurs de hanche, ont été mis à l'essai et adoptés, et des établissements collaborent avec des médecins locaux pour accroître le pourcentage des clients qui consomment de la vitamine D, car celle-ci aide à réduire le risque de chutes et de fractures.

Pour améliorer la communication sur la prévention des chutes, un dépliant a été créé à l'intention des clients et de leur famille. Un bulletin d'information sur la sécurité a également été élaboré à l'intention du personnel, et les mesures de prévention des chutes sont affichées dans tous les établissements. Des champions en matière de chutes se réunissent chaque trimestre pour échanger leurs idées et discuter des stratégies de prévention des chutes, et des réunions de personnel sont organisées près du mur où sont affichées les mesures afin d'accroître la sensibilisation. Le passage à la déclaration électronique des données a entraîné une augmentation de la fréquence des réunions et a permis d'assurer la réalisation systématique d'évaluations après une chute, en plus de permettre à la famille et à l'équipe médicale d'être avisées sans délai en cas de chute.

Les équipes des services à domicile remplissent un formulaire détaillé sur la maison du client qui sert de milieu de travail afin de rendre l'endroit plus sécuritaire. De plus, ils travaillent au moyen des évaluations des risques de chutes et des stratégies de prévention. Des registres détaillés des chutes et des calendriers sont remplis par les clients. Une initiative conjointe des services de santé mobiles, des services médicaux d'urgence, des services à domicile, des services thérapeutiques et d'autres secteurs permet aux clients de rester plus longtemps dans leur maison. Les membres du personnel des services de santé mobiles se rendent à la maison d'un client pour remplir une évaluation des risques de chutes, laquelle comprend des recommandations visant l'orientation vers d'autres disciplines, ainsi qu'une évaluation des risques à la maison, conformément à la POR relative à l'évaluation de sécurité en matière de risques à domicile d'Agrément Canada.

Les établissements de soins de courte durée de l'autorité sanitaire régionale Cypress ont d'abord entrepris de mettre en œuvre une stratégie de prévention des chutes dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité *Releasing Time to Care*. Tirant des leçons de cette initiative et de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, ainsi que des recommandations d'Agrément Canada, l'autorité sanitaire régionale a mis sur pied une équipe multidisciplinaire formée d'infirmières, de médecins, de pharmaciens, de thérapeutes, de membres du personnel d'entretien et de membres du personnel chargés de l'amélioration de la qualité afin de mettre la prévention des chutes à l'avant-plan dans les soins de courte durée. L'équipe a mis en place un programme de sensibilisation baptisé *Call Don't Fall*, qui encourage les patients et leur famille à demander de l'aide.

## Amélioration continue en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures : innovations dans la pratique, ressources et recherche en cours

Agrément Canada, l'ICIS et l'ICSP continuent d'appuyer activement l'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé canadiens. La prévention des chutes demeure un domaine de recherche actif, et de nombreuses ressources sont élaborées partout au pays pour aider les organismes et les aînés à réduire le nombre de chutes et de blessures causées par les chutes.

### Étude sur la sécurité à domicile : portrait des chutes dans les services à domicile

*La sécurité à domicile : une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile* est la première étude du genre à examiner les événements indésirables à la maison. L'étude contient des recommandations visant à rendre les soins plus sécuritaires (Institut canadien pour la sécurité des patients, 2013). Les résultats de l'étude, qui s'appuient sur l'examen de dossiers et l'analyse de données administratives, révèlent un taux d'événements indésirables variant entre 10 % et 13 % sur une période d'un an chez les bénéficiaires de services à domicile au Canada. Parmi les événements indésirables répertoriés, on estime que plus de la moitié auraient pu être prévenus.

Les chutes, les incidents liés aux médicaments, les infections et le délirium étaient les principaux types d'événements indésirables couverts par l'étude, les chutes représentant 17 % des événements relevés par l'examen des dossiers. L'étude montre que les clients des services à domicile présentent généralement de multiples facteurs de risques qui influent sur la probabilité et la gravité des chutes. Elle met en lumière la nécessité d'élaborer des politiques et des stratégies efficaces en matière de prévention des chutes causant des blessures, surtout pour les chutes liées à la prise de médicaments.

Pour donner suite à cette étude menée en collaboration par l'ICSP, l'Association canadienne de soins et de services à domicile et Agrément Canada, les chercheurs principaux travaillent à l'élaboration d'outils et de ressources destinés aux dispensateurs de soins à domicile, organisent des webinaires et des ateliers et fournissent de l'information visant à améliorer les normes et les POR d'Agrément Canada en matière de services à domicile. Le processus de transfert des connaissances cible notamment la prévention des chutes, et les produits et les activités qui suivent ont été élaborés :

- un laboratoire d'apprentissage destiné aux dispensateurs de soins à domicile et axé sur la prévention des chutes, présenté lors du sommet 2013 de l'Association canadienne de soins et services à domicile;
- un webinaire interactif sur la prévention des chutes dans les organismes de services à domicile; un module d'apprentissage en ligne sur la prévention des chutes à l'intention des dispensateurs de soins à domicile (en cours d'élaboration);
- des améliorations aux normes et aux POR d'Agrément Canada en matière de services à domicile. Les résultats de l'étude viendront confirmer les risques décelés dans le cadre de la POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile et appuieront l'élaboration de nouvelles POR liées aux services à domicile;
- un guide sur la prévention des chutes, qui indique où trouver des ressources adaptées à la clientèle cible (clients, membres de la famille, aidants naturels et dispensateurs de soins à domicile), réalisé à partir des travaux d'un comité directeur pancanadien des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada.

## Pratiques exemplaires d'Agrément Canada

Agrément Canada reconnaît les pratiques exemplaires dans l'ensemble du continuum des soins et offre une excellente occasion de diffuser les pratiques novatrices des organismes de santé au pays et à l'étranger. La base de données des pratiques exemplaires favorise l'apprentissage interorganisationnel et la collecte d'idées nouvelles. Pour être qualifiée d'exemplaire, une pratique doit être

- novatrice et créative;
- axée sur les clients ou leur famille;
- évaluée;
- en mesure de produire les résultats prévus;
- durable;
- adaptable à d'autres organismes.

Souvent, les pratiques exemplaires sont mises en œuvre par des organismes qui disposent de ressources limitées, ce qui montre que des stratégies novatrices et créatives peuvent produire des résultats positifs à coût minime. Les organismes sont invités à visiter le site [www.accreditation.ca/fr](http://www.accreditation.ca/fr) pour soumettre leurs pratiques exemplaires.

### Mise en œuvre d'une stratégie de prévention des chutes axée sur de multiples interventions (William Osler Health System, Ontario) : pratique exemplaire d'Agrément Canada

En 2009, le William Osler Health System de l'Ontario a entrepris la révision de sa politique de prévention des chutes. Il a proposé une stratégie fondée sur une évaluation exhaustive des risques, des interventions universelles et axées sur les clients les plus à risque, une réévaluation, une étape de documentation, une analyse et un suivi continu. Malgré une mise en œuvre réussie de la stratégie, un examen du nombre de chutes a par la suite révélé que l'intervention n'avait pas produit les résultats escomptés. Dans la foulée de l'adoption de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* en Ontario, Osler a choisi la prévention des chutes comme un des indicateurs clés de son plan d'amélioration de la qualité, ce qui a permis l'élaboration d'une approche différente et grandement nécessaire en matière de prévention des chutes. Pendant plusieurs mois en 2011, une équipe de projet et du personnel de première ligne ont mis au point un plan d'amélioration qui a été greffé à la stratégie de prévention des chutes à l'échelle du système.

Des exercices de schématisation du processus ont été réalisés, et les transitions des soins, les cheminements des patients et les mouvements d'équipe ont été documentés. Ces activités ont permis de cerner des points prioritaires à améliorer de façon progressive pendant un certain nombre de mois. Un total de 13 mesures ont été mises en œuvre et ont permis de faire passer, en moins de 4 mois, le taux de chutes par tranche de 1 000 jours-patients de 11 à 2. Sauf deux exceptions, ce taux est resté sous la barre des six chutes par 1 000 jours-patient pendant un an.

Deux autres unités ont mis en œuvre plusieurs des stratégies issues des leçons tirées des projets pilotes (p. ex. visites proactives, rapports de chevet et utilisation de cadres pour l'alarme de sortie) et ont observé des réductions similaires des taux de chutes.



Le tableau 5 donne d'autres exemples de pratiques exemplaires et novatrices en matière de prévention des chutes. Veuillez consulter la base de données des pratiques exemplaires au [www.accreditation.ca/fr](http://www.accreditation.ca/fr) pour en savoir plus sur l'une ou l'autre de ces pratiques. Il suffit de faire une recherche par mots-clés, comme « prévention des chutes ».

**Tableau 5 : Pratiques exemplaires et novatrices d'Agrément Canada**

Organisme	Titre
The Hospital for Sick Children	Prévention des chutes, de l'enchevêtrement, de la strangulation et du coincement chez les patients hospitalisés en pédiatrie
Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun	Réadaptation cardio-pulmonaire et musculaire et prévention des chutes chez les patients en hémodialyse
Hôpital régional Humber River	Suivi des patients pour prévenir les chutes, du service d'urgence aux unités de soins aux patients hospitalisés
Réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga Halton	Strong and Steady Falls Prevention Program (des personnes âgées fortes et stables — programme de prévention des chutes) : prévenir les chutes chez les aînés en leur offrant des activités qui améliorent l'équilibre et la force physique
Etobicoke Services for Seniors	Installation de barres d'appui et de marchepieds sur les véhicules de transport pour améliorer la sécurité des clients et du personnel

## Alertes mondiales sur la sécurité des patients

Accessibles au public au moyen d'une plate-forme Web, les Alertes mondiales sur la sécurité des patients constituent un répertoire d'alertes et d'avis fondés sur les données probantes sur des incidents touchant la sécurité des patients, reconnu par l'Organisation mondiale de la santé et ses pays membres. Le répertoire contient plus de 1 100 alertes et plus de 5 800 recommandations émanant de 24 organismes participants de partout dans le monde.

L'objectif des Alertes mondiales sur la sécurité des patients est de veiller à ce que toute personne qui cherche une solution à un problème déjà résolu puisse la trouver, et à ce qu'aucun patient ne souffre inutilement.

Les organismes participants déclarent des données sur les incidents touchant la sécurité des patients, le risque immédiat, les mesures d'atténuation mises en place, les leçons tirées et les solutions mises en œuvre pour prévenir les incidents et réduire les risques qu'ils se reproduisent. L'objectif des Alertes mondiales sur la sécurité des patients est de veiller à ce que toute personne qui cherche une solution à un problème déjà résolu puisse la trouver, et à ce qu'aucun patient ne souffre inutilement.

À ce jour au Canada, 26 alertes ont été directement classées dans la catégorie des chutes, et une recherche au moyen du terme principal « chutes » renvoie 41 résultats. Les thèmes et les risques abordés par ces alertes incluent l'immobilité qui entraîne une chute, l'effet des médicaments qui entraîne une chute, le risque accru de chute pendant la nuit, les problèmes liés aux transferts des patients, l'absence ou l'utilisation inadéquate d'alarmes de sortie du lit ou de barres d'appui, et les chutes causées par l'équipement ou les dispositifs d'aide au patient.

Les Alertes mondiales sur la sécurité des patients peuvent être consultées sur le site de l'ICSP au [www.patientsafetyinstitute.ca](http://www.patientsafetyinstitute.ca) ainsi qu'au [www.alertessecuritedespatients.com](http://www.alertessecuritedespatients.com).

## Cours sur la prévention des chutes

Les cours sur la prévention des chutes forment un ensemble de cours évalués et fondés sur des données probantes qui permettent d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour appliquer une approche de la santé publique en matière de prévention des chutes. Les participants apprennent à concevoir, à mettre en œuvre et à évaluer un programme de prévention des chutes adapté à leur milieu de travail ou au milieu communautaire. Les cours sont offerts dans le cadre d'une formation en ligne de cinq semaines et d'un atelier de deux jours. Les leçons s'appuient sur le contenu du manuel *Fall Prevention Programming: Designing, Implementing and Evaluating Fall Prevention Programs for Older Adults* (Scott, 2012). Les cours comprennent des séances d'apprentissage interactif, des discussions de groupe et un plan de programme commenté par un animateur. Tous les participants reçoivent un certificat de réussite et deviennent membres du Canadian Falls Prevention Education Collaborative. Pour en savoir plus, visitez le [www.canadianfallprevention.ca](http://www.canadianfallprevention.ca).

## Programme sur la technologie de prévention des blessures chez les aînés (Technology for Injury Prevention in Seniors — TIPS) de l'Université Simon Fraser

En collaboration avec son équipe, Stephen Robinovitch, professeur à l'Université Simon Fraser de la Colombie-Britannique et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en prévention des blessures, travaille à l'élaboration de nouvelles technologies de prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Ses travaux de recherche portent notamment sur le recours à la capture vidéo et au port de capteurs pour déterminer les causes et les circonstances des chutes chez les aînés. Son équipe met au point des interventions techniques, comme des vêtements de protection et des revêtements de plancher conformes, et les met à l'essai en vue de réduire les blessures causées par les chutes.

Dans le cadre du programme TIPS, M. Robinovitch et son équipe ont visionné plus de 1 000 vidéos de surveillance captées dans des établissements de soins de longue durée afin d'étudier les circonstances entourant les chutes. « Bien que ces vidéos soient difficiles à regarder, car elles montrent des chutes réelles, elles sont une bonne source d'information », explique Susan McNeill, chef de la stratégie de prévention des chutes de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* et gestionnaire du programme à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Les recommandations issues du projet de recherche portent notamment sur l'utilisation de revêtements de plancher qui réduisent l'impact des blessures à la tête, sur des stratégies de renforcement des membres supérieurs afin d'aider les clients à mieux prévenir les blessures lors d'une chute, ainsi que sur les moyens de déterminer si une chute est liée à l'utilisation de médicaments. Pour en savoir plus, visitez le [www.sfu.ca/tips](http://www.sfu.ca/tips).

## Étude d'évaluation des stratégies et des actions d'aide à l'autonomie (Strategies and Actions for Independent Living — SAIL)

Dans le but de diminuer les risques de chute et de blessures causées par les chutes dans les milieux de services à domicile, une étude triennale est en cours pour examiner l'incidence, la rentabilité et la durabilité du programme SAIL, un programme de prévention des chutes et des blessures qui cible les clients des services de soutien à domicile financés par le secteur public. Ce projet est financé au moyen d'une subvention des Partenariats pour l'amélioration du système de santé des Instituts de recherche en santé du Canada et rassemble des équipes multidisciplinaires de spécialistes issus des secteurs de la pratique clinique, de l'épidémiologie, de l'ingénierie, de l'économie de la santé, de l'agrément et de la prévention des blessures.

Le programme SAIL consiste en une formation du personnel sur la prévention des chutes et d'exercices chez les aînés, d'un programme d'activité à domicile pour les clients qui comprend trois niveaux d'exercices, des lignes directrices destinées aux personnes les plus à risque de faire une chute, d'un système de surveillance des chutes, d'un outil interactif d'évaluation des clients et de prévention, ainsi que d'une trousse de ressources à

l'intention des clients qui comprend une formation sur la prévention des incendies. Les résultats de l'étude SAIL serviront à améliorer la diffusion et la durabilité des initiatives de prévention des chutes et des blessures causées par les chutes chez les aînés bénéficiaires de services de soutien à domicile au Canada. Comme Agrément Canada est également un partenaire du projet, les résultats liés à la prévention des chutes et à la sécurité à domicile seront également utilisés pour améliorer le programme d'agrément de l'organisme.

« J'aimerais que le rapport d'incident mentionne le point de vue du patient et de sa famille sur la façon dont la chute aurait pu être prévenue. »

### Point de vue d'un membre de la famille à la suite d'une chute

À la suite de l'incident décrit en introduction, il a fallu près d'un an à Irene Wald pour trouver le courage de découvrir ce qui était arrivé à son père, décédé cinq jours après une chute. Elle a alors voulu consulter le rapport d'incident, qui se présentait sous forme d'un formulaire rempli de cases à cocher. Une des cases s'intitulait *problème résolu* et, au grand désarroi de M<sup>me</sup> Wald, cette case était cochée.

Bien qu'Ambrose Wald soit décédé cinq jours après sa chute, le rapport d'incident ne faisait pas mention du décès. Par conséquent, celui-ci n'était pas inclus dans les statistiques de décès lié à une chute. Ce qu'elle a appris en consultant le rapport d'incident a motivé M<sup>me</sup> Wald à travailler à la défense des droits des patients dans le cadre du programme Patients pour la sécurité des patients du Canada afin de prévenir les chutes. Il arrive souvent qu'on ne sache pas quoi demander ou à quoi s'attendre. « J'aurais dû demander à l'infirmière de laisser une note dans le plan de soins pour indiquer de ne pas laisser mon père se lever en mon absence. J'aimerais que le rapport d'incident mentionne le point de vue du patient et de sa famille sur la façon dont la chute aurait pu être prévenue, explique M<sup>me</sup> Wald. S'il y a divulgation complète, la famille saura si l'incident a été adéquatement déclaré et si des mesures correctives ont été prises. Pour apprendre des incidents, ceux-ci doivent faire l'objet d'un suivi, et des processus électroniques doivent être instaurés pour faciliter ce suivi. »

## Perspectives : prochaines étapes en matière de prévention des chutes

Les pratiques novatrices présentées dans ce rapport montrent qu'il est possible d'apporter des améliorations réalistes et durables en matière de prévention des chutes et des blessures. Étant donné les répercussions importantes des chutes sur la qualité de vie des Canadiens, et le risque accru de chute au sein d'une population vieillissante, tant à la maison que dans le cadre de la prestation des soins, les organismes doivent continuer de collaborer en vue d'améliorer la sécurité.

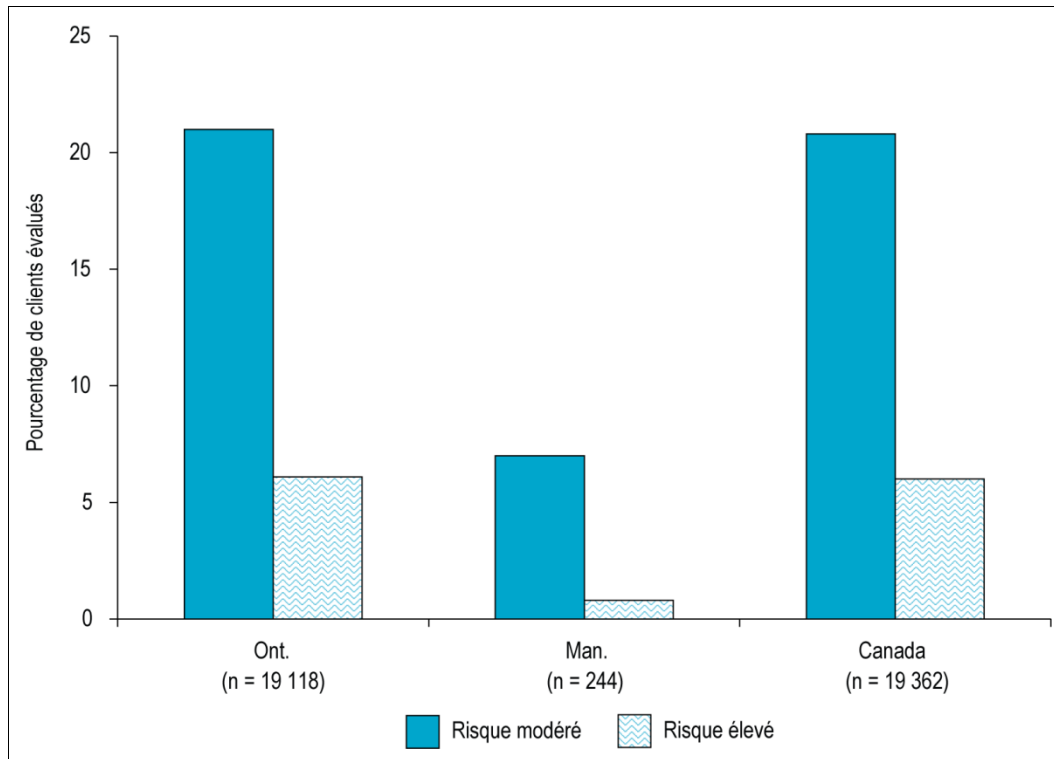
Agrément Canada, l'ICIS et l'ICSP fournissent des données qui favorisent une meilleure compréhension de l'incidence des chutes au Canada et qui permettent de produire des ressources contribuant à réduire les taux de chutes. La conformité à la POR relative à la prévention des chutes et à la POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile d'Agrément Canada augmente, et les organismes de santé réalisent des améliorations au chapitre de la sécurité en utilisant de nouvelles ressources, comme celles de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* En collaboration avec les clients et leur famille ainsi qu'avec des partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux, Agrément Canada, l'ICIS et l'ICSP continueront de collaborer dans le cadre de recherches novatrices et d'élaborer, de mettre en œuvre et de diffuser des stratégies efficaces de prévention des chutes afin de réduire les préjudices causés par les chutes. Voici des exemples d'initiatives :

- Apporter des améliorations en matière de soins axés sur les clients et leur famille au programme d'Agrément Canada et les évaluer lors des visites d'agrément à compter de 2016. Alors que les organismes de santé canadiens travaillent en partenariat avec les clients et leur famille, ces nouvelles exigences appuieront la diffusion de pratiques et de principes axés sur les clients et leur famille dans le continuum des soins.
- Mettre à profit les capacités en matière de sécurité des patients dans le cadre de la Stratégie nationale intégrée de sécurité des patients de l'ICSP, dont l'un des quatre domaines d'intervention prioritaires est l'amélioration de la sécurité à domicile. Plus de la moitié des chutes menant à une hospitalisation au Canada surviennent à la maison.
- Dans le cadre de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, appuyer la collaboration des partenaires de partout au Canada pour l'organisation d'appels et de webinaires nationaux axés sur la diffusion des connaissances des spécialistes, les pratiques efficaces et les histoires de réussite inspirantes qui permettent d'améliorer la prévention des chutes.
- Favoriser le transfert et la diffusion des pratiques et de la recherche novatrices, comme l'étude d'évaluation des stratégies et des actions d'aide à l'autonomie (Strategies and Actions for Independent Living — SAIL) et le programme de technologie de prévention des blessures chez les aînés (Technology for Injury Prevention in Seniors — TIPS).

Agrément Canada, l'ICIS et l'ICSP continueront d'offrir du leadership et de diffuser de l'information sur la performance du système de santé et les pratiques exemplaires. En collaboration avec les dispensateurs de soins de santé, les clients, les familles, les dirigeants et les gouvernements de partout au Canada, ils seront en mesure d'améliorer la qualité de vie des Canadiens en veillant à ce que le plus grand impact des chutes soit l'efficacité des mesures de prévention.

## Annexe

**Figure A1 : Pourcentage de résidents des soins de longue durée en milieu hospitalier à risque de faire une chute**



### Remarques

Les données du Manitoba portent uniquement sur les établissements relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg. Les hôpitaux dotés de lits réservés aux soins de longue durée sont aussi appelés soins prolongés, auxiliaires, complexes ou pour malades chroniques.

### Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau A1 : Taux d'utilisation des psychotropes dans les établissements de soins de longue durée selon le groupe d'âge des aînés adhérant à un régime public d'assurance-médicaments, 2012**

Groupe d'âge	Benzodiazépines		Antidépresseurs		Antipsychotiques	
	Établissement de soins de longue durée	Collectivité	Établissement de soins de longue durée	Collectivité	Établissement de soins de longue durée	Collectivité
<b>65 à 74 ans</b>	35,3 %	13,2 %	64,3 %	17,6 %	49,7 %	3,5 %
<b>75 à 84 ans</b>	31,6 %	16,6 %	62,7 %	18,9 %	45,2 %	4,6 %
<b>85 ans et plus</b>	29,5 %	19,3 %	54,6 %	23,1 %	36,5 %	7,7 %
<b>Total</b>	<b>30,8 %</b>	<b>15,1 %</b>	<b>58,2 %</b>	<b>18,8 %</b>	<b>40,7 %</b>	<b>4,4 %</b>

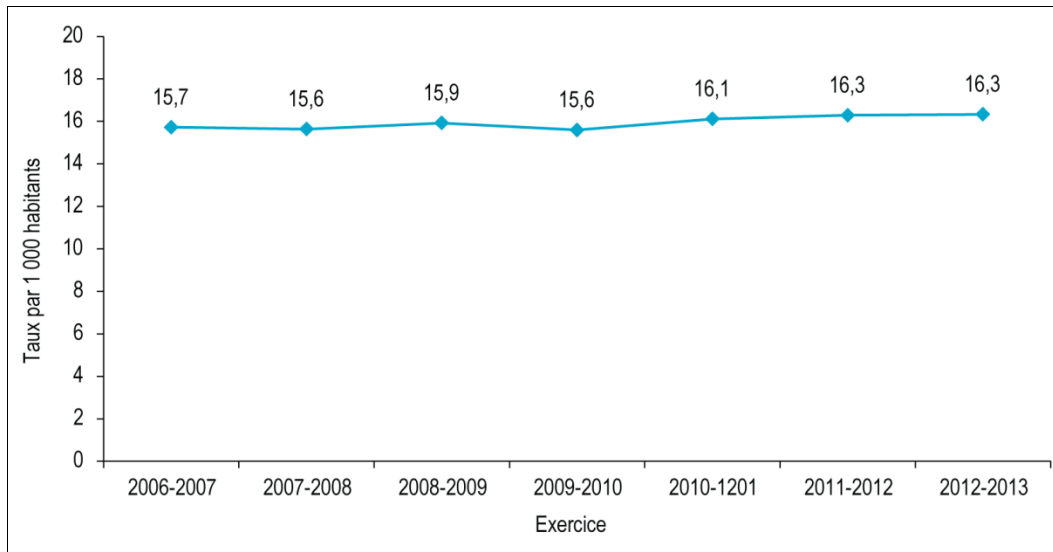
### Remarque

Cinq provinces soumettaient des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de soins de longue durée au SNIUMP en mars 2013 : la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard.

### Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

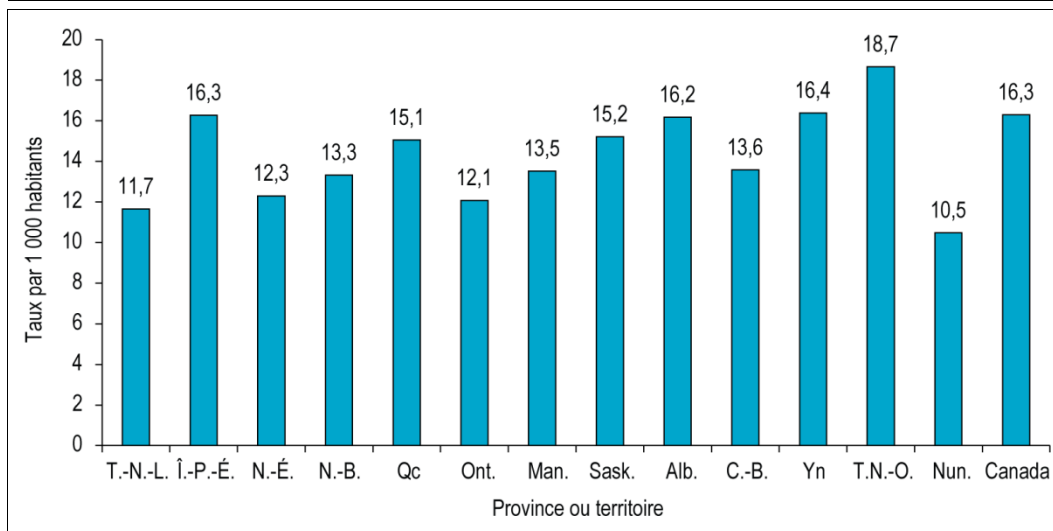
**Figure A2 : Taux d'hospitalisations liées à d'une chute (par 1 000 habitants) au Canada, 2006-2007 à 2012-2013**



**Source**

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure A3 : Taux d'hospitalisations liées à une chute dans les provinces et les territoires du Canada, 2012-2013**



**Source**

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau A2 : Volume et durée médiane du séjour, ensemble des hospitalisations liées à une chute, avec et sans séjour dans un NSA, 2006-2007 à 2012-2013**

	Toutes les hospitalisations liées à une chute		Hospitalisations liées à une chute, sans NSA		Hospitalisations liées à une chute, avec NSA			
	Volume	DDS médiane	Volume	DDS médiane	Volume	DDS médiane		
						Total	Soins de courte durée	NSA
<b>2006-2007</b>	50 435	11	38 769	8	11 666	29	18	11
<b>2007-2008</b>	51 184	11	38 858	8	12 326	29	17	12
<b>2008-2009</b>	53 035	11	39 370	8	13 665	29	17	12
<b>2009-2010</b>	53 657	11	39 057	8	14 600	27	17	10
<b>2010-2011</b>	56 945	10	41 182	7	15 763	27	17	10
<b>2011-2012</b>	58 823	10	42 481	7	16 342	26	17	9
<b>2012-2013</b>	61 609	10	45 353	7	16 256	24	15	9

**Source**

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau A3 : Fractures de la hanche (à l'hôpital et ailleurs) et hospitalisations liées à une chute au Canada, 2009-2010 à 2012-2013**

	Fractures de la hanche à l'hôpital		Fractures de la hanche à l'hôpital		Hospitalisation liée à une chute		
	Total	Pourcentage avec hospitalisation liée à une chute	Total	Pourcentage avec hospitalisation liée à une chute	Total	Pourcentage avec fracture de la hanche à l'hôpital	Pourcentage avec fracture de la hanche ailleurs qu'à l'hôpital
<b>2009</b>	874	94,4	25 671	95,8	73 279	1,1	33,6
<b>2010</b>	814	94,8	26 204	95,8	77 956	1,0	32,2
<b>2011</b>	1 084	90,5	26 447	95,9	81 261	1,2	31,2
<b>2012</b>	1 070	91,0	27 143	96,0	84 828	1,1	30,7

**Source**

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2009-2010 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.



Tableau A4 : POR relative à la prévention des chutes d'Agrément Canada, taux de conformité nationale par ensemble de normes, 2011 à 2013

Ensemble de normes	Conformité (%)		
	2011	2012	2013
Services de santé et de bien-être dans les collectivités autochtones	40	47	56
Services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises	80	80	100
Services de soins ambulatoires	76	75	64
Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	s.o.*	63	54
Services de traitement du cancer et oncologie	71	77	74
Services d'imagerie diagnostiques	74	73	79
Soins et services à domicile	77	72	81
Services de soutien à domicile	76	83	86
Services palliatifs et soins de fin de vie	64	81	91
Soins de longue durée	82	88	91
Centres d'imagerie médicale	s.o.*	s.o.*	48
Services de médecine	72	81	83
Services de santé mentale	78	83	85
Services d'obstétrique	67	85	77
Services de réadaptation	76	91	84
Services de chirurgie	68	83	84
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>80</b>	<b>80</b>

**Remarque**

\* Ne s'applique pas, car la POR n'a pas été évaluée.

**Tableau A5 : Taux de conformité nationale à la POR relative à la prévention des chutes d'Agrément Canada, par test de conformité et ensemble de normes, 2011 à 2013**

Ensemble de normes	Taux de conformité nationale (%)														
	Mise en œuvre			Populations			Besoins spécifiques			Mesure			Évaluation		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
<b>Services de santé et de bien-être dans les collectivités autochtones</b>	60	65	67	60	65	78	60	65	78	67	53	56	29	47	56
<b>Services offerts aux personnes atteintes de lésions</b>	80	90	100	80	90	100	80	90	100	75	90	100	83	80	100
<b>Services de soins ambulatoires</b>	79	77	70	82	79	72	82	79	72	79	75	64	76	75	64
<b>Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer</b>	s.o.	63	57	s.o.	75	64	s.o.	75	57	s.o.	63	54	s.o.	63	54
<b>Services de traitement du cancer et oncologie</b>	75	81	79	79	87	84	75	81	84	71	77	74	71	77	74
<b>Services d'imagerie diagnostique</b>	79	78	88	81	77	87	79	77	85	74	74	80	74	73	79
<b>Soins et services à domicile</b>	85	89	92	87	87	93	87	87	95	85	76	85	76	76	83
<b>Services de soutien à domicile</b>	88	96	95	82	96	95	82	96	95	100	83	90	71	83	86
<b>Services palliatifs et soins de fin de vie</b>	80	94	91	88	100	91	88	94	91	67	81	91	69	81	91
<b>Soins de longue durée</b>	91	96	98	93	97	98	92	96	98	85	91	94	84	88	92
<b>Services de médecine</b>	87	91	92	91	91	94	90	89	91	81	81	88	75	81	84
<b>Centres d'imagerie médicale</b>	s.o.	s.o.	78	s.o.	s.o.	78	s.o.	s.o.	74	s.o.	s.o.	48	s.o.	s.o.	48
<b>Services de santé mentale</b>	83	87	96	87	87	96	86	87	96	79	87	88	81	83	88
<b>Services d'obstétrique</b>	83	90	85	94	90	87	89	90	85	72	87	78	67	85	78
<b>Services de réadaptation</b>	86	94	93	88	94	93	88	97	93	86	91	87	78	91	84
<b>Services de chirurgie</b>	86	88	91	91	92	93	89	92	93	75	83	87	73	83	84
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>88</b>	<b>89</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>90</b>	<b>87</b>	<b>88</b>	<b>89</b>	<b>79</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>77</b>	<b>81</b>	<b>81</b>

**Tests de conformité**

Mise en œuvre : L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes.

Populations : La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.

Besoins spécifiques : La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.

Mesure : L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.

Évaluation : L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.

**Tableau A6 : Tests de conformité à la POR relative à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile d'Agrément Canada, taux de conformité nationale, ensemble de normes Soins et services à domicile, 2011 à 2013**

Test de conformité	Taux de conformité nationale (%)		
	2011	2012	2013
L'équipe effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour chaque client au début des services.	96	89	93
L'équipe renseigne les clients et les familles au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.	97	91	93
L'évaluation des risques en matière de sécurité comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques et de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risques du client et des mesures d'urgence.	95	96	95
L'équipe met à jour régulièrement l'évaluation des risques en matière de sécurité, et elle utilise l'information pour apporter des améliorations aux services de santé du client.	94	91	92
L'équipe utilise l'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité pour planifier et offrir les services aux clients, et la communique aux partenaires qui participent à la planification des soins.	97	91	93

**Remarque**

La pleine conformité a été atteinte en 2011, 2012 et 2013 pour l'ensemble des tests, et pour les ensembles de normes Services de gestion de cas et Soins et services à domicile.

**Tableau A7 : Mesures de la stratégie de prévention des chutes et des blessures causées par les chutes de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!***

**Chutes dans les établissements de soins de courte durée et de soins de longue durée**

Chutes — 1. Taux de chutes par 1 000 jours-patient/résident

Chutes — 2. Pourcentage de chutes avec blessure

Chutes — 3. Pourcentage de patients ou de résidents pour lesquels on a rempli une évaluation du risque de chute à l'admission

Chutes — 4. Pourcentage de patients ou de résidents ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à la suite d'une chute ou d'un changement de leur état de santé

Chutes — 5. Pourcentage de patients ou de résidents « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes/réduction des blessures

Chutes — 6. Pourcentage de patients ou de résidents soumis à des mesures de contention

Chutes — 7. Pourcentage de résidents dont la plus récente évaluation RAI fait mention d'une contention physique quotidienne

Chutes — 8. Taux de blessures causées par une chute par 1 000 jours-patient/résident

Chutes — 9\*. Pourcentage de patients ou de résidents considérés « à risque »

Chutes — 10\*. Pourcentage de patients ou de résidents considérés « à risque » et dont la situation à risque a été communiquée

Chutes — 11\*. Pourcentage de patients ou de résidents pour lesquels on a effectué un bilan médicamenteux à l'admission

Chutes — 12\*. Pourcentage de patients ou de résidents pour lesquels on a effectué une évaluation du risque de chute à la suite d'un changement de leur état de santé

Chutes — 13\*. Pourcentage de patients ou de résidents ayant subi au moins deux chutes

Chutes — 14\*. Pourcentage de patients ou de résidents dont les blessures ont été évaluées après la chute

(suite à la page suivante)

**Tableau A7 : Mesures de la stratégie de prévention des chutes et des blessures causées par les chutes de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (suite)**

Chutes — 15\*. Pourcentage de patients ou de résidents ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à la suite d'une chute

Chutes — 16\*. Pourcentage de patients ou de résidents pour lesquels des mesures efficaces de surveillance ont été mises en place dans les 24 à 48 heures suivant une chute

Chutes — 17\*. Pourcentage de patients ou de résidents dont le plan de prévention des chutes et de réduction des blessures a fait l'objet d'un examen ou d'une révision à la suite d'une chute

Chutes — 18\*. Note en matière de prévention des chutes

Chutes — 19\*. Note en matière de gestion des chutes après une chute

**Remarque**

\* Nouvelles mesures en matière de chutes ajoutées aux mesures de la sécurité des patients en juin 2014.

**Chutes dans les services à domicile**

Chutes SD-1. Taux de chutes par 1 000 patients en services à domicile

Chutes SD-2. Pourcentage de chutes avec blessure

Chutes SD-3. Pourcentage de patients ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à leur admission


Chutes SD-4. Pourcentage de patients ayant fait l'objet d'une réévaluation du risque de chute à la suite d'une chute ou d'un changement important de leur état de santé

Chutes SD-5. Pourcentage de patients « à risque » pour lesquels on a préparé un plan de prévention des chutes et de réduction des blessures

Chutes SD-6. Pourcentage de patients des services à domicile pour lesquels des mesures de contention sont utilisées

**Figure A4 : Formulaire de collecte de données sur la prévention des chutes de l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!***

### Chutes-SCD - Prévenir les chutes et des blessures causées par les chutes: soins courts



Organization: '100 ABC Demo Hospital  
 In/Out: Patients admis  
 Adult/Paeds: Adulte  
 Age Group:  
 Program: Chirurgie  
 Service: Chirurgie cardiaque  
 Procedure/Diagnostic Group:  
 Unit/Site: 3 East  
 Patient Sample:

Nom, Email et le numéro de téléphone (avec l'indicatif)

Envoyer le formulaire de fax en résolution FINE  
 AUCUNE PAGE DE COUVERTURE  
**1-877-846-5153**

Printed On: 2014-08-06

ANNEE

201  3  4  5

MOIS

JANV  FEV  MARS  AVRIL  MAI  JUIN   
 JUL  AOUT  SEPT  OCT  NOV  DEC




DATE

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9

Entrez jour comme deux chiffres (par exemple, 03 avec 0 sur la ligne du haut et 3 sur la ligne ci-dessous)

Pt #	Appliquer à la chute LA PLUS RÉCENTE de cette période de déclaration											
	A. Genre d'évaluation du risque de chute effectuée à l'admission (CHOISIR LA PLUS DÉTAILLÉE)	B. Le patient a-t-il été déclaré «à risque» de chute et était l'état de risque communiqué?	C. Bilan médicamenteux complet?	D. Il existe un plan écrit de prévention des chutes/ réduction des blessures pour le patient	E. A subi une évaluation du risque de chute après un changement important de condition médicale	F. Le patient a été restreint à n'importe quel moment de cette période de déclaration	G. Combien de fois le patient est-il tombé pendant la période de déclaration? (SI «0», la Vérification se Termine ici)	H. Les blessures du patient ont-elles été évaluées après la découverte de sa chute?	I. Quelle est la blessure causée par la chute? (SI «MORT», LA VÉRIFICATION SE TERMINE ICI)	J. Une évaluation du risque de chute a-t-elle été faite après la chute?.	K. Une surveillance adaptée a-t-elle été mise en place pendant les 24-48 heures suivant la chute?	L. Le plan de prévention des chutes/ réduction des blessures a-t-il été réévalué/ révisé après la chute?
1	<input type="radio"/> DÉPISTER <input type="radio"/> COMPLET <input type="radio"/> AUCUN	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DE RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DE RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S/D	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> >2	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> SANS BLESSURE <input type="radio"/> MINEUR <input type="radio"/> MAJEUR <input type="radio"/> MORT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	
2	<input type="radio"/> DÉPISTER <input type="radio"/> COMPLET <input type="radio"/> AUCUN	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DE RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DE RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S/D	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> >2	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> SANS BLESSURE <input type="radio"/> MINEUR <input type="radio"/> MAJEUR <input type="radio"/> MORT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	
3	<input type="radio"/> DÉPISTER <input type="radio"/> COMPLET <input type="radio"/> AUCUN	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DE RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DE RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S/D	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> >2	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> SANS BLESSURE <input type="radio"/> MINEUR <input type="radio"/> MAJEUR <input type="radio"/> MORT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	
4	<input type="radio"/> DÉPISTER <input type="radio"/> COMPLET <input type="radio"/> AUCUN	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DE RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DE RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S/D	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> >2	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> SANS BLESSURE <input type="radio"/> MINEUR <input type="radio"/> MAJEUR <input type="radio"/> MORT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	
5	<input type="radio"/> DÉPISTER <input type="radio"/> COMPLET <input type="radio"/> AUCUN	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DE RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DE RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S/D	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> >2	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> SANS BLESSURE <input type="radio"/> MINEUR <input type="radio"/> MAJEUR <input type="radio"/> MORT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	

Accédez à vos données et les rapports à [www.patientsafetymetrics.com](http://www.patientsafetymetrics.com) ou pour plus d'informations contactez 416-946-3103 ou [metrics@saferhealthcarenow.ca](mailto:metrics@saferhealthcarenow.ca). Connectez-vous 1 heure après la télécopie vos formes pour vérifier les données ont été reçus avec succès

733067702563 7930-699862

## Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2005). *Report on seniors' falls in Canada*. Ottawa, ON: ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Seniors' falls in Canada: second report*. Ottawa, ON: Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé. Tiré de [http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors\\_falls-chutes\\_aines/assets/pdf/seniors\\_falls-chutes\\_aines-eng.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/assets/pdf/seniors_falls-chutes_aines-eng.pdf).
- American Geriatrics Society, & British Geriatrics Society (AGS/BGS). (2010). *AGS/BGS clinical practice guideline: prevention of falls in older persons*. New York, NY: American Geriatrics Society. Tiré de <http://www.medicats.com/FALLS/frameset.htm>.
- Bronskill, S. E., Rochon, P. A., Gill, S. S., Herrmann, N., Hillmer, M. P., Bell, C. M., et al. (septembre 2009). The relationship between variations in antipsychotic prescribing across nursing homes and short-term mortality: quality of care implications. *Medical Care*, 47(9), 1000-1008.
- Centers for Disease Control and Prevention. (29 février 2012). Falls in nursing homes. Tiré de <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/nursing.html>.
- Disability Practice Institute. (2014). Dignity of risk. Tiré de <http://www.disabilitypracticeinstitute.com/services/%E2%80%9Cdignity-of-risk%E2%80%9D/>.
- Herman, M., Gallagher, E., & Scott, V. (mars 2006). *The evolution of seniors' falls prevention in British Columbia*. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.
- Hill, K. D., & Wee, R. (1<sup>er</sup> janvier 2012). Psychotropic drug-induced falls in older people: a review of interventions aimed at reducing the problem. *Drugs & Aging*, 29(1), 15-30.
- Institut canadien pour la sécurité des patients. (2013). *Safety at home: a pan-Canadian home care safety study*. Tiré de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/SafetyatHome/Documents/Safety%20At%20Home%20Care.pdf>.
- Krueger, P. D., Brazil, K., & Lohfeld, L. H. (mars-avril 2001). Risk factors for falls and injuries in a long-term care facility in Ontario. *Can J Public Health*, 92(2), 117-120.
- Lindsey, P. L. (septembre 2009). Psychotropic medication use among older adults: what all nurses need to know. *J Gerontol Nurs*, 35(9), 28-38.
- MacLaurin, A., & McConnell, H. (décembre 2011). Utilizing quality improvement methods to prevent falls and injury from falls: enhancing resident safety in long-term care. *J Safety Res*, 42(6), 525-535.
- Oliver, D., Healey, F., & Haines, T. P. (novembre 2010). Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clin Geriatr Med*, 26(4), 645-692.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009). *Practice standard: restraints*. Toronto, ON: Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Tiré de [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043\\_Restraints.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043_Restraints.pdf).
- Parachute Canada. (2014). Fall prevention. Tiré de <http://www.parachutecanada.org/injury-topics/item/fall-prevention1>.

Scott, V. (2012). *Fall Prevention Programming: Designing, Implementing and Evaluating Fall Prevention Programs for Older Adults*. Lulu Publishing.

Scott, V., Wagar, L., & Elliott, S.; pour l'Agence de la santé publique du Canada — Division du vieillissement et des aînés. (1<sup>er</sup> avril 2011). *Falls & related injuries among older Canadians: fall-related hospitalizations & prevention initiatives*. Victoria, BC: Victoria Scott Consulting. Tiré de [http://www.injuryresearch.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/PHAC\\_Epi\\_and\\_Inventory\\_Final\\_Report\\_July-19\\_2011\\_post-on-www-injuryresearch-bc-ca1.pdf](http://www.injuryresearch.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/PHAC_Epi_and_Inventory_Final_Report_July-19_2011_post-on-www-injuryresearch-bc-ca1.pdf).

Smartrisk. (2009). *The economic burden of injury in Canada*. Toronto, ON: Smartrisk. Tiré de <http://www.parachutecanada.org/downloads/research/reports/EBI2009-Eng-Final.pdf>.

Statistique Canada. (2011). *Generations in Canada: age and sex, 2011 Census*. Ottawa, ON: Statistique Canada. [http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011003\\_2-eng.pdf](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011003_2-eng.pdf)



Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients sont les titulaires des droits d'auteurs de ce document. Le droit de reproduire ce document pour toute autre fin que l'utilisation équitable, comme l'exploitation commerciale, requiert la permission de chaque titulaire séparément.

© 2014 Agrément Canada, Institut canadien d'information sur la santé et Institut canadien pour la sécurité des patients

ISBN 978-1-77109-315-6 (PDF)

Comment citer ce document :

Agrément Canada, Institut canadien d'information sur la santé et Institut canadien pour la sécurité des patients. *Prévention des chutes : des données probantes à l'amélioration des soins de santé au Canada*. Ottawa, ON : ICIS; 2014.

RAI-MDS 2.0 © interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1995, 1997, 1999. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada et leur description © Institut canadien d'information sur la santé, 2013.

RAI-HC © interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1994, 1996, 1997, 1999, 2001. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada et leur description © Institut canadien d'information sur la santé, 2013.

This publication is also available in English under the title *Preventing Falls: From Evidence to Improvement in Canadian Health Care*.

ISBN 978-1-77109-314-9 (PDF)

