



BONNES PRATIQUES EN GESTION DES RISQUES DE CHUTES EN CENTRE HOSPITALIER ET EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

PAR LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

JUILLET 2025

Production

Ariane Brault, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), service de mobilisation des connaissances, Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)

Vanina Lavoie, conseillère cadre clinicienne en hébergement de soins et de services de longue durée, volet développement de la pratique en soins infirmiers de la mission universitaire et de la recherche, membre exécutif du Comité d'amélioration continue – Chutes (CAC – Chutes), Direction des soins infirmiers (DSI), CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Nadia Leboeuf, conseillère cadre à la qualité et à la sécurité des soins et des services, membre exécutif du CAC – Chutes, Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP), CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Alain Thivierge, conseiller cadre clinique en réadaptation, en qualité et en évolution de la pratique, membre exécutif du CAC – Chutes, Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux (DSMSSS), CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Collaboration

Sylvie Martel, directrice, DSMSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Révision

Marie-Andrée Roy, cheffe de service, service de mobilisation des connaissances, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Frédéric Grondin, directeur adjoint, DQEPP, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Lawrence Fillion, directeur adjoint, DSI, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Révision linguistique

Sonia Ouellet, agente administrative, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ISBN 978-2-555-01819-8 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

AVANT-PROPOS

Le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) au Québec, ainsi qu'ailleurs dans le monde, fait actuellement face à plusieurs défis majeurs, dont une pénurie de main-d'œuvre ainsi que des ressources financières et matérielles particulièrement limitées. Ces éléments ont été pris en compte dans l'élaboration des recommandations proposées dans le présent document. Toutefois, les membres du groupe de travail croient fermement qu'il faut en permanence poursuivre l'objectif de promouvoir les meilleures pratiques pour offrir des soins et des services de qualité à la population. Ainsi, les recommandations vont en ce sens et servent de repères pour guider l'ensemble des décisions cliniques et administratives prises en ce qui concerne la gestion des risques de chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans les centres hospitaliers et les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Compte tenu de ce contexte particulier et de la grande expertise du personnel du RSSS, il faut cependant se rappeler que le jugement clinique prime en tout temps. Si une recommandation n'est pas applicable dans une situation donnée, par exemple en raison de la disponibilité limitée des ressources, le jugement clinique de l'équipe en place doit être utilisé pour déterminer la marche à suivre, en s'approchant le plus possible des meilleures pratiques.

TABLE DES MATIÈRES

1. MISE EN CONTEXTE.....	1
1.1 RAPPORT DU GROUPE VIGILANCE (2014).....	1
1.2 ÉVOLUTION DES CHUTES LORS DE LA PRESTATION DE SOINS ET DE SERVICES AU QUÉBEC	1
1.3 MANDAT MINISTÉRIEL – OBJECTIFS	1
2. MÉTHODOLOGIE.....	3
2.1 RECENSION DES ÉCRITS.....	3
2.2 ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS PRÉLIMINAIRES	3
2.3 CONSULTATIONS	4
2.4 ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS FINALES	4
3. PERSPECTIVES DES USAGÈRES ET USAGERS ET DE LEURS PROCHES.....	5
4. RECOMMANDATIONS FINALES.....	7
4.1 GESTION DES RISQUES DE CHUTES	7
4.2 BONNES PRATIQUES D’IMPLANTATION	10
5. DISCUSSION.....	13
5.1 COMMENTAIRES EN LIEN AVEC LES RECOMMANDATIONS	13
5.2 PISTES DE RÉFLEXION	14
6. CONCLUSION.....	17
7. ANNEXES.....	19
ANNEXE I. USAGÈRES ET USAGERS PARTENAIRES DU GROUPE DE DISCUSSION	19
ANNEXE II. MEMBRES DU GROUPE DE SPÉCIALISTES POUR LA MÉTHODE DELPHI	21
8. BIBLIOGRAPHIE.....	23

1. MISE EN CONTEXTE

1.1 RAPPORT DU GROUPE VIGILANCE (2014)

L'occurrence de chutes et d'erreurs de médication lors de la prestation de soins et de services dans le Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) est problématique, et ce, depuis plusieurs années. Ainsi, en 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté le Groupe Vigilance pour émettre des recommandations, qui ont mené à l'élaboration d'un plan d'action (1), afin de diminuer la fréquence de ces incidents et accidents dans les centres hospitaliers (CH) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Deux rapports, distincts mais complémentaires, ont été publiés : l'un spécifique aux chutes (2) et l'autre portant sur les erreurs liées à la médication (3). Les recommandations ont ensuite été transmises à l'ensemble des établissements du RSSS ciblés. Malgré cela, les statistiques les plus récentes indiquent que le nombre de ces événements indésirables a continué d'augmenter au cours des dernières années (4).

1.2 ÉVOLUTION DES CHUTES LORS DE LA PRESTATION DE SOINS ET DE SERVICES AU QUÉBEC

En effet, en ce qui concerne spécifiquement les chutes, leur nombre annuel répertorié au Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux (RNIASSS) est passé de 187 032 en 2021-2022 à 207 116 en 2023-2024 (4,5). Pour 2023-2024, 88,3 % des personnes touchées étaient âgées de 65 ans et plus (4).

En s'attardant plus en détail aux données concernant les accidents de gravité G à I¹, il devient évident que les chutes représentent une problématique particulièrement importante. Du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024, 62,6 % de ces événements indésirables représentaient des chutes, dont 82,7 % se sont produites en CH ou en CHSLD (4). De plus, la progression du nombre de chutes graves au cours des dernières années demeure significative, ayant augmenté de 55,1 % entre 2019-2020 et 2023-2024 (4-6).

1.3 MANDAT MINISTÉRIEL – OBJECTIFS

Ces statistiques indiquent que les résultats attendus à la suite de l'implantation des recommandations issues du rapport de 2014 sur la gestion des risques de chutes en CH et en CHSLD ne se sont pas concrétisés. Des constats semblables ont émergé en ce qui a trait aux erreurs de médication. Ainsi, le MSSS a mandaté le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) et le Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL) pour effectuer de nouveaux travaux sur la question, respectivement en ce qui concerne les chutes et les erreurs de médication.

¹ Accident de niveau G, H ou I sur l'échelle de gravité employée dans le RSSS au Québec. Cette cote signifie qu'ils ont entraîné des conséquences graves et permanentes pour une usagère ou un usager, qu'elles soient physiques ou psychologiques (4).

Le présent livrable, remis au MSSS et à Santé Québec, aborde la problématique des chutes lors de la prestation de soins et de services, plus précisément en CH ou en CHSLD, chez une population âgée de 65 ans et plus. Ses objectifs spécifiques sont :

- Mettre à jour la recension des écrits portant sur la gestion des chutes réalisée dans le contexte du rapport du Groupe Vigilance en 2014;
- Identifier les défis et les enjeux en lien avec l'application des meilleures pratiques dans le RSSS;
- Émettre des recommandations concrètes afin d'améliorer la prévention des chutes dans les CH et les CHSLD.

Afin de maximiser les retombées positives des travaux effectués dans le cadre du présent mandat, des recommandations ont également été émises sur les bonnes pratiques d'implantation dans le RSSS. En effet, la qualité du processus de mise en œuvre est cruciale pour obtenir des résultats probants, et ainsi réduire l'occurrence des chutes chez les personnes âgées lors de leur séjour en CH ou en CHSLD de manière efficace et efficiente, en priorisant la santé et le bien-être des usagères et usagers du réseau.

2. MÉTHODOLOGIE

Au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, pour le volet concernant les chutes, le mandat a donc été scindé en trois étapes successives : la mise à jour de la recension de la littérature de 2014 pour identifier les meilleures pratiques actuelles, les consultations pour recueillir les données contextuelles et expérientielles, puis l'élaboration des recommandations.

2.1 RECENSION DES ÉCRITS

La Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, responsable d'effectuer le mandat, a sollicité le soutien de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) de la Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU) pour mettre à jour la recension des écrits de 2014. Comme la méthodologie employée à l'époque n'était pas disponible, une nouvelle stratégie de recherche, ciblant uniquement les revues systématiques et les lignes directrices publiées entre 2014 et 2024 (moment de la recherche), a été élaborée par un bibliothécaire, en collaboration avec la conseillère en évaluation attirée au projet. Les données des documents retenus ont ensuite été analysées et triangulées, afin d'en tirer des constats. Un concept qui a émergé comme essentiel, et qui explique en partie la persistance du nombre élevé de chutes après la publication du rapport de 2014, est la qualité du processus d'implantation.

Un survol de la littérature a donc été effectué pour identifier les références pertinentes en lien avec les bonnes pratiques d'implantation. Ainsi, deux guides (7,8), dont un publié par le MSSS en 2023, ont été retenus pour promouvoir les stratégies les plus efficaces. Ces documents ont été élaborés spécifiquement pour l'implantation de pratiques prometteuses dans le RSSS, ce qui en fait des références particulièrement pertinentes pour ce mandat. Les publications issues de la mise à jour de la recension des écrits ont permis de contextualiser les bonnes pratiques de mise en œuvre spécifiquement pour la gestion des chutes, complétant ainsi l'étape de collecte de données scientifiques.

Pour plus de détails sur les recensions des écrits effectuées pour soutenir le présent mandat, veuillez vous référer aux rapports publiés par l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (9,10).

2.2 ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS PRÉLIMINAIRES

Les constats issus des deux rapports ont été présentés à l'exécutif du Comité d'amélioration continue – Chutes (CAC - Chutes). Leur expertise dans le domaine de la gestion des chutes en CH et en CHSLD a permis de contextualiser et d'enrichir ces constats en les adaptant à la réalité vécue dans le RSSS. Enfin, les membres du CAC – Chutes ont priorisé les thématiques des constats, pour parvenir à émettre dix-sept recommandations préliminaires : onze sur la gestion des risques de chutes et six concernant le processus d'implantation pour maximiser les retombées positives du rapport sur le terrain. Ces recommandations préliminaires ont ensuite fait l'objet de deux processus de consultation complémentaires.

2.3 CONSULTATIONS

Les deux méthodes de consultation employées sont complémentaires, permettant de capter l'expertise et les préoccupations d'usagères et usagers de 65 ans et plus du réseau ([annexe I](#)) ainsi que d'un groupe multidisciplinaire de professionnelles et professionnels et d'usagères et usagers partenaires ([annexe II](#)), ci-après nommé groupe de spécialistes.

La consultation d'usagères et usagers a été menée de manière informelle, en présentant les constats et les recommandations en grand groupe. Les points saillants ayant émergé de la discussion ont été considérés lors de la bonification des recommandations préliminaires et ont permis d'alimenter les discussions du présent document.

Un panel composé de personnes expertes dans leur domaine respectif (p. ex. nutrition, gériatrie, réadaptation, science de l'implantation, etc.) et de deux usagères et usagers partenaires s'est quant à lui prononcé sur les recommandations préliminaires. Ce processus formel et structuré, appelé méthode Delphi (11), a permis d'inclure un ensemble de points de vue diversifiés afin d'assurer l'acceptabilité et la faisabilité des recommandations.

2.4 ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS FINALES

Les recommandations préliminaires issues de la triangulation des données (scientifiques, contextuelles et expérientielles) ont été présentées aux membres du groupe de spécialistes ([annexe II](#)) afin d'assurer une compréhension commune. Le processus formel de consensus selon la méthode Delphi (11) a ensuite été mené, afin d'améliorer et de bonifier les recommandations jusqu'à ce qu'on parvienne à l'obtention de versions finales et consensuelles, de manière rigoureuse.

Le processus consiste à demander aux personnes participantes de donner leur niveau d'accord, anonymement, pour chaque recommandation, ainsi que des commentaires ou des suggestions d'amélioration. Pour le présent mandat, le seuil minimal de consensus a été fixé à 80 % des membres en faveur (en accord ou très en accord) de l'énoncé. Ainsi, au terme de la première ronde de consultation, chaque recommandation ayant atteint le seuil a été acceptée et incluse dans ce rapport (voir la section [4](#)) telle quelle. Pour celles ayant obtenu l'appui de moins de 80 % des membres du groupe de spécialistes, les responsables du projet au CIUSSS de l'Estrie – CHUS ont analysé les commentaires et ajusté les recommandations et leurs précisions en conséquence, tout en restant fidèles aux bonnes pratiques identifiées dans la littérature. Les nouvelles versions des recommandations ont été soumises à un deuxième tour du processus de la méthode Delphi, auprès du même groupe de spécialistes. Celles qui ont alors atteint 80 % d'accord ont été retenues. Le même procédé a été répété pour un troisième et ultime tour. Une seule recommandation n'a pas atteint le seuil minimal de consensus et a été écartée, mais sa thématique est abordée dans les discussions de ce rapport.

3. PERSPECTIVES DES USAGÈRES ET USAGERS ET DE LEURS PROCHES

Pour capter la perspective globale des usagères et usagers et de leurs proches, un groupe de discussion a été organisé avec des personnes volontaires issues de différentes régions. Sept personnes ([annexe I](#)) ont répondu à l'appel et se sont réunies le 6 mai 2025 pour échanger sur les questions suivantes :

1. Comment voyez-vous l'implication des usagères et usagers et de leurs proches dans la prévention des chutes ?
2. Quels sont les moyens pour favoriser leur implication ?
3. Selon vous, quelles actions peuvent poser les usagères, les usagers et leurs proches pour la prévention des chutes ?

Le constat majeur ayant émergé des discussions et du sondage est que les usagères, les usagers et leurs proches doivent systématiquement occuper un rôle important dans l'ensemble du processus de gestion des risques de chutes, de l'évaluation initiale à l'application du plan d'intervention. En effet, il est largement reconnu que ce continuum doit être réalisé en partenariat étroit pour faciliter la compréhension commune, la recherche de stratégies, le respect des droits et des valeurs des personnes concernées ainsi que l'adoption et l'adhésion aux recommandations.

Trois constats plus précis ont également émergé du processus de consultation. Tout d'abord, la **compréhension par les proches du processus décisionnel et des mesures mises en place** les aide à mieux s'impliquer tout en réduisant leur charge et leur stress. En effet, connaître l'ensemble des actions entreprises pour optimiser la sécurité de la personne âgée permet de diminuer la pression sur les proches, qui s'inquiètent alors moins pour leur sécurité en leur absence. Ce phénomène est accentué par le lien de confiance qui se crée, en mode collaboratif, entre le personnel, l'usagère ou l'utilisateur et ses proches. De plus, participer aux discussions et à la prise de décision permet de considérer leurs préférences, renforçant ainsi le sentiment de sécurité et la confiance établie. Pour soutenir la compréhension et l'appropriation des concepts par la population, il faut toutefois veiller à être à l'écoute de l'usagère, de l'utilisateur et de ses proches, comprendre leurs besoins, adapter le discours utilisé et valider la compréhension de la personne interlocutrice afin d'éviter les malentendus.

Pour une majorité de personnes, il est essentiel de **respecter la liberté des usagères et usagers** (p. ex. éviter l'utilisation de mesures de contrôle) malgré les perceptions selon lesquelles cela pourrait augmenter les risques de chutes. Cette approche favorise leur autodétermination en matière de gestion des risques de chutes. Toutefois, il est primordial d'assurer une compréhension commune de ce que ce choix implique. En effet, certains proches expriment la crainte que la situation dégénère et que, dans un contexte d'acceptation accrue des risques, les équipes puissent interpréter cette orientation de manière excessive, au point de cesser de prendre des mesures ou de fournir les efforts nécessaires à la prévention des chutes. Il doit y avoir une discussion préalable, transparente et honnête, pour mieux comprendre la situation (besoins spécifiques, conséquences possibles, contexte particulier, etc.) et déterminer quelles mesures seront conservées et appliquées, autres que les mesures de contrôle. Ces discussions, ainsi que l'évaluation préalable, doivent être répétées régulièrement afin que les usagères et usagers ainsi que leurs proches aient les informations les plus à jour possible pour permettre une prise de décision éclairée. Un rappel des obligations professionnelles en matière d'évaluation, de suivi et d'accompagnement à la prise de décision peut également rassurer l'ensemble des parties prenantes. Cette mention souligne que des efforts concrets et continus sont mis en œuvre pour assurer la sécurité et le bien-être des usagères et usagers, même dans une approche centrée sur l'autonomie.

La notion d'épuisement des proches est également clairement ressortie des discussions. En effet, plusieurs estiment que les proches se voient confier trop de responsabilités et ont peur qu'une implication active dans le processus de gestion des risques de chutes augmente leur charge mentale et de travail. Il faut donc être particulièrement vigilant à l'égard de cet aspect majeur de la **gestion de l'épuisement des proches**. Participer aux discussions et aux prises de décision ne doit pas systématiquement entraîner des actions supplémentaires pour les proches (p. ex. devoir être au chevet de la personne à des heures précises pour la surveiller ou l'accompagner dans ses déplacements). Cependant, il demeure important pour cette population que le personnel reste à leur écoute à chaque étape, de l'évaluation initiale aux suivis. Il faut donc trouver l'équilibre entre le niveau d'implication des proches et la prévention de leur épuisement.

En outre, les discussions sur ce sujet ont permis d'identifier des pistes de solution, car cette situation, vécue par de nombreuses personnes, est particulièrement préoccupante. L'accès à des ressources de soutien pour les proches, qu'elles proviennent du RSSS ou du milieu communautaire local, est parfois difficile, mais serait grandement apprécié. Certaines personnes ont également mentionné l'idée de travailler plus en prévention, c'est-à-dire promouvoir les saines habitudes de vie chez les personnes âgées, mais aussi chez la population générale, avant leur arrivée en CH ou en CHSLD. Certaines personnes expertes, en prenant connaissance de ces propos, ont proposé de réaliser une évaluation psychosociale à l'admission des usagères et usagers, afin de mieux considérer et évaluer l'impact de ce changement majeur sur la famille et les proches. Cette pratique permettrait d'adapter les mesures et l'implication des parties prenantes en fonction de leur contexte propre, favorisant ainsi la prévention de l'épuisement.

4. RECOMMANDATIONS FINALES

Les constats issus de la littérature, présentés dans deux livrables publiés par l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (9,10), ont été triangulés avec le savoir contextuel et expérientiel du CAC – Chutes et des usagères et usagers du groupe de discussion pour élaborer 17 recommandations. Après la méthode Delphi de consensus, un total de 16 recommandations finales ont été retenues, soit dix en lien avec la gestion des risques de chutes en CH et en CHSLD pour la clientèle âgée de 65 ans et plus, et six portant sur les bonnes pratiques d'implantation.



: Accord unanime



: Accord très fort (90-99,99 %)



: Accord fort (80-89,99 %)

4.1 GESTION DES RISQUES DE CHUTES

Les recommandations présentées ci-dessous sont appuyées par les données probantes issues de la littérature présentées dans le premier livrable de l'UETMISSS (9), en plus de considérer les points de vue de l'ensemble des parties prenantes et des personnes expertes dans le domaine.



RECOMMANDATION 1

- Considérer les usager(-ère)s de 65 ans et plus en CHSLD à risque de chutes et procéder à une analyse multifactorielle et adaptée des facteurs de risques individuels de chutes, qui doit mener à un plan d'intervention.
- Considérer les usager(-ère)s de 65 ans et plus en centre hospitalier potentiellement à risque de chutes et procéder à un repérage. Pour les personnes repérées à risques, procéder à une analyse multifactorielle et adaptée des facteurs de risques individuels de chutes, qui doit mener à un plan d'intervention.

Précisions

La recommandation met l'emphasis sur une analyse multifactorielle des facteurs de risque individuels, mais cela ne signifie pas une évaluation exhaustive pour tous les usager(-ère)s. Il revient aux professionnel(le)s, selon leur jugement clinique, d'ajuster le niveau d'analyse et d'évaluation de façon pertinente, au cas à cas.

La détermination du plan d'intervention signifie de déterminer quelles actions sont pertinentes pour mitiger le risque de chutes en considérant les facteurs de risque identifiés. Il revient aux professionnel(le)s de déterminer quelles interventions sont pertinentes. À titre d'exemple, dans certains cas, de l'enseignement ou des modifications mineures de l'environnement suffiront alors que pour d'autres, plusieurs interventions plus conséquentes seront indiquées.

C'est une responsabilité partagée entre les professionnel(le)s impliqué(e)s dans la prestation de soins à l'usagère ou l'utilisateur de voir à ce qu'une telle analyse lui soit offerte. Il revient à chaque équipe clinique de déterminer leur fonctionnement et l'organisation du travail.

RECOMMANDATION 2

Pour effectuer le repérage des usager(-ère)s hospitalisé(e)s à risque de chutes, favoriser le jugement clinique plutôt que l'utilisation d'outils de cotation avec stratification du niveau de risque (p. ex. grilles de cotation, niveaux faible, moyen, élevé, etc.)

Précisions

L'objectif de cette recommandation vise à augmenter la pertinence clinique en réduisant l'usage de tels outils à l'étape de repérage, lesquels ont de très faibles valeurs prédictives, comme démontré sans équivoque dans la littérature.

Toutefois, des outils de référence et de soutien pour orienter le jugement clinique peuvent être mis à la disposition des intervenant(e)s selon ce qui est jugé pertinent pour la clientèle et les contextes cliniques.

RECOMMANDATION 3

Parmi tous les facteurs de risque analysés, certains devraient être considérés systématiquement dans l'évaluation pour déterminer les interventions à mettre en place. Il s'agit de :

- A) Présence de symptômes de dépression
- B) Présence d'insomnie
- C) Difficultés à effectuer les AVQ (activités de la vie quotidienne)
- D) Présence d'hypotension orthostatique (HTO)
- E) Faible vitesse de marche
- F) Symptômes urinaires et incontinence
- G) Prise de médicaments à risque selon le profil de l'usager(-ère)
- H) Présence de troubles neurocognitifs
- I) Présence de douleur
- J) Historique et contexte de chutes antérieures

Précisions

Cette liste n'est pas exhaustive. À titre d'exemple les motifs d'admission d'une personne devraient, dans certains cas, faire partie de l'analyse.

L'historique et le contexte de chutes antérieures peuvent contribuer à l'évaluation et permettre d'identifier d'autres facteurs de risque spécifiques à la personne.

La recommandation vise à nommer que pour chacun de ces éléments qui sont présents pour un(e) usager(-ère), l'équipe devrait approfondir l'évaluation afin de mettre en place une intervention adéquate. À titre d'exemple, s'il y a des indices d'une faible vitesse de marche, l'équipe pourrait déterminer si une référence à un(e) professionnel(le) de réadaptation est indiquée.

RECOMMANDATION 4

Impliquer systématiquement les usager(-ère)s et leurs proches au centre des décisions dans toute la démarche de prévention des chutes (identification des facteurs de risque, élaboration d'un plan individualisé et les suivis) en tenant compte de leurs buts, valeurs et préférences.

RECOMMANDATION 5

Élaborer des plans d'interventions multifactorielles qui ciblent plusieurs facteurs de risque de l'usager(-ère) et qui sont adaptés individuellement, puisque ceux-ci ont le plus de potentiel pour réduire le nombre de chutes.

Précisions

- Les interventions multiples, c'est-à-dire qui ciblent plusieurs facteurs de risque, mais qui ne sont pas adaptées individuellement à chaque personne, ne démontrent pas de diminution significative du nombre de chutes.
- D'autres interventions simples ciblant un seul facteur de risque démontrent une légère efficacité, comme la révision de la médication ou la prévention du délirium. Ces interventions sont souvent incluses dans les interventions multifactorielles dont l'efficacité a été démontrée.

Point de vigilance



La révision de la médication, bien qu'elle soit recommandée par deux guides de bonne et excellente qualité, n'a que très peu d'effets sur les risques de chutes en elle-même (32). Pour observer une diminution appréciable, elle doit faire partie d'une intervention multifactorielle

RECOMMANDATION 6

Élaborer un plan d'intervention individualisé et assurer le suivi selon l'évolution de la situation de l'usager(-ère), tout cela en favorisant la collaboration interprofessionnelle.

Précisions

Il revient à l'équipe de soins de déterminer les modes de fonctionnement et les professionnel(le)s à impliquer selon le contexte et la situation de l'usager(-ère).

Références à consulter pour guider la collaboration interprofessionnelle :

- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif, 2018 (12).
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS), Référentiel de compétences du CPIS pour l'avancement de la collaboration en santé et services sociaux, 2024 (13).

RECOMMANDATION 7

Intégrer dans les interventions l'éducation à la prévention des chutes auprès des usagers(-ères) (65 ans et plus) et de leurs proches ainsi que des membres des équipes de soins

RECOMMANDATION 8

En cohérence avec les données probantes et les bonnes pratiques en nutrition, donner un supplément de vitamine D à tous les usager(-ère)s de 65 ans et plus admis(-ses) en CHSLD et en centre hospitalier.

Précisions

Un effet significatif est démontré sur les risques de chutes uniquement chez les usager(-ère)s souffrant d'une carence en vitamine D.

Aussi, un dépistage de la dénutrition ou, selon les cas, une évaluation de l'état nutritionnel incluant la vitamine D font partie des bonnes pratiques.

RECOMMANDATION 9

Lorsqu'un équipement d'alarme est envisagé (p. ex. tapis avertisseurs, senseurs de lits et autres technologies à fonction similaire), celui-ci doit faire partie d'un plan d'interventions multifactorielles à la suite d'une évaluation individualisée. Il doit faire l'objet d'un suivi en évaluant ses impacts.

Précisions

Selon deux revues systématiques, « l'utilisation [seule] d'alarmes ou de senseurs sur les lits et/ou les chaises n'ont pas d'effet significatif et peut même augmenter la peur des chutes et donc ultimement les risques de chute » (9).

RECOMMANDATION 10

Ne pas utiliser de mesures de contrôle comme stratégie visant à réduire le risque de chutes.

Précisions

Pour éclairer les décisions cliniques, il est important de rappeler qu'il a été démontré que l'utilisation des mesures de contrôle ne réduit pas les risques de chutes et qu'elle peut augmenter la gravité des blessures qui en découlent. L'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle doit toujours être en dernier recours et en respect du cadre de référence du MSSS (14).

4.2 BONNES PRATIQUES D'IMPLANTATION

Les recommandations suivantes sont fondées sur les données probantes issues de la littérature présentées dans le second livrable de l'UETMISSS (10). Elles considèrent également les points de vue de l'ensemble des parties prenantes et des personnes expertes dans le domaine.

RECOMMANDATION 1

Inclure la prévention des chutes dans les priorités de l'établissement (p. ex. planification stratégique) afin de concrétiser son engagement en prévention de chutes et réduction des blessures.

Précisions

- Diminution significative du taux de chutes en présence d'engagement de l'établissement, les mêmes résultats n'ayant pas été obtenus sans engagement.
- Une analyse quali-quantitative comparée a également démontré l'importance de l'engagement de l'établissement pour le succès d'un programme de prévention des chutes.

RECOMMANDATION 2

Mettre en place une structure de gouvernance d'établissement claire incluant la nomination d'un gestionnaire au niveau stratégique responsable de coordonner la planification et l'implantation.

Précisions

Établir une structure de gouvernance implique de définir les rôles et responsabilités à chaque niveau (stratégique, tactique, opérationnel) et les modalités de communication à tous les niveaux. L'établissement est responsable de la qualité des soins et services et de soutenir l'implantation des bonnes pratiques, la structure de gouvernance lui donne la capacité de soutenir l'implantation et d'assurer le maintien à long terme de la stratégie en prévention des chutes et des blessures.

RECOMMANDATION 3

Appliquer les phases d'implantation des pratiques prometteuses promues par le guide de Massuard et coll. (2023) (8).

- Planifier l'implantation
- Déterminer l'écart entre les connaissances et la pratique
- Adapter les connaissances au contexte
- Déterminer les facteurs d'influence
- Sélectionner, adapter et mettre en œuvre les stratégies
- Surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les retombées
- Favoriser la pérennisation

Précisions

- Chaque phase inclut une étape d'adaptation au contexte d'implantation.
- De plus, la revue systématique indique que la qualité et la réussite du processus d'implantation des bonnes pratiques en matière de prévention des chutes sont de plus en plus considérées comme des éléments essentiels à l'atteinte des objectifs du programme.

RECOMMANDATION 4

Impliquer l'ensemble des parties prenantes tout au long du processus d'implantation, incluant le personnel et les usagers(-ères) ainsi que leurs proches.

RECOMMANDATION 5

Favoriser une communication et des mécanismes de collaboration efficaces entre les différentes parties prenantes, et ce, tout au long du processus d'implantation.

RECOMMANDATION 6

Évaluer l'implantation afin d'en favoriser la pérennisation et l'amélioration continue.

5. DISCUSSION

Les recensions de la littérature effectuées par l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et les opinions de personnes expertes ont mis en évidence l'importance d'appliquer les bonnes pratiques d'implantation pour mettre en œuvre avec succès les recommandations sur la gestion des risques de chutes. En effet, l'absence de stratégie claire et concertée pour le déploiement a pu contribuer aux résultats insatisfaisants observés en CH et en CHSLD depuis la publication du rapport du Groupe Vigilance en 2014. D'ailleurs, des sondages provinciaux suggèrent que les recommandations de 2014 sont majoritairement inconnues, non appliquées ou partiellement appliquées. Il n'est donc pas surprenant de constater que le nombre de chutes en contexte de soins chez les personnes âgées a continué d'augmenter au cours des dernières années. Ces constatations ont mené à l'inclusion de six recommandations dans le présent rapport portant directement sur les bonnes pratiques en sciences de l'implantation, particulièrement dans le contexte de la gestion des risques de chutes. Il est toutefois intéressant de noter que les principaux défis et leviers rencontrés lors de la mise en œuvre au sein du système de santé sont souvent les mêmes. Ils sont généralement indépendants du sujet des recommandations. Par ailleurs, un second document est en cours de production afin de guider le choix des indicateurs, tant au niveau opérationnel que tactique et stratégique. Un suivi étroit du déploiement des recommandations de ce rapport est essentiel à l'obtention des résultats escomptés, soit la diminution de la fréquence des chutes lors de la prestation de soins en CH et en CHSLD.

La méthode Delphi, utilisée au cours du présent mandat pour l'élaboration des recommandations finales, est très rigoureuse, menant à des recommandations consensuelles et acceptées par la majorité des parties prenantes. Toutefois, il arrive que les membres du groupe de spécialistes ne parviennent pas à s'entendre au sujet d'une recommandation en particulier, ce qui entraîne son exclusion. Dans ce cas-ci, la thématique de la pratique de l'activité physique pour la prévention des chutes en CH et en CHSLD pour les personnes âgées de 65 ans et plus a été particulièrement controversée, ce qui explique qu'aucune recommandation ne l'aborde. En effet, le type d'exercice à préconiser ainsi que la manière de conduire les séances auprès des usagères et usagers ont été débattus, sans parvenir à un consensus acceptable. Il est intéressant de noter qu'il s'agit également d'un sujet controversé dans la littérature scientifique, avec des résultats divergents et mitigés d'une étude à l'autre (9,15). Certains facteurs, discutés en détail dans l'état des connaissances accompagnant ce rapport (9), expliquent potentiellement ces écarts. Bien qu'aucune recommandation officielle ne soit émise à propos de l'exercice par le groupe de travail, il est essentiel que cette composante soit approfondie et considérée pour la suite des travaux sur la gestion des risques de chutes lors de la prestation de soins et de services au Québec. La prévention et la promotion de la santé et des saines habitudes de vie étant reconnues comme des moyens efficaces pour agir sur une problématique sociétale (16,17), elles devraient constituer une priorité.

À la suite du processus d'élaboration des recommandations présentées dans la section précédente, plusieurs sujets ont émergé comme étant incontournables à aborder, bien qu'ils ne fassent pas partie intégrante d'une recommandation en soi. Ainsi, certains commentaires ou compléments d'information en lien avec les recommandations sont abordés, suivis de quelques pistes de réflexion pour les prochaines étapes à entreprendre en matière de gestion des risques de chutes.

5.1 COMMENTAIRES EN LIEN AVEC LES RECOMMANDATIONS

Au cours du processus de consultation des parties prenantes, les membres du groupe de spécialistes ainsi que les usagères et usagers et leurs proches ayant participé au groupe de discussion ont commenté les recommandations ou les concepts abordés. Tout d'abord, certaines personnes ont mentionné l'importance de considérer les critères d'admission dans l'évaluation des risques de chutes, et ce, peu importe l'âge de

l'usagère ou l'utilisateur. En effet, cette source d'information est primordiale et peut renseigner sur des facteurs de risque spécifiques à la personne et à son contexte au moment de l'admission en CH ou en CHSLD.

Par ailleurs, pour ce qui est de l'implication des usagères et utilisateurs et de leurs proches, il est important de considérer les points soulevés lors du groupe de discussion. Principalement, une attention particulière doit être portée à leur compréhension des informations qui leur sont transmises ainsi qu'au respect de leurs capacités, pour éviter l'épuisement et la pression trop élevée. Bien que leur implication, de l'analyse de risques à la prise de décision et aux suivis, soit essentielle et souhaitée, il faut s'adapter aux contextes de chaque personne.

En lien avec la première recommandation sur les bonnes pratiques d'implantation, soit l'inclusion de la prévention des chutes dans les priorités de chaque établissement, certains membres du groupe de spécialistes appellent à la prudence, afin d'éviter de passer à un système de blâme ou de reddition de comptes exagérée. L'objectif de cette recommandation est plutôt de donner aux équipes les moyens et le soutien de la haute direction pour mettre en place les mesures pour limiter les blessures, et plus particulièrement les chutes graves (cotes G à I). En ce sens, la gestion responsable des risques de chutes lors de la prestation de soins et de services dans le RSSS pourrait même faire partie des priorités officielles à un niveau supérieur, comme à Santé Québec ou au MSSS. Puisque l'implantation de nouvelles pratiques en prévention des chutes peut entraîner un changement de culture (clinique et organisationnelle), ce soutien des hautes instances s'avère d'autant plus important.

Enfin, il est important d'adapter le processus d'implantation à chaque contexte local, que ce soit la structure de gouvernance, la composition des équipes d'implantation ou les moyens concrets déployés pour l'évaluation de l'implantation. En effet, le guide mentionné à la recommandation 3 des bonnes pratiques d'implantation sert à accompagner les équipes dans ces choix et non à les imposer. Aucune solution unique n'existe, car les contextes locaux sont trop différents et doivent absolument être considérés pour favoriser la réussite du processus.

D'autres commentaires étaient plus généraux et transversaux, s'appliquant à plusieurs recommandations ou même à la globalité de la gestion des risques de chutes et du processus d'implantation. Par exemple, certaines personnes ont mentionné un certain malaise concernant l'utilisation du jugement clinique à certains endroits, sans plus de précisions. En contexte de rareté des ressources, comme mentionné dans l'avant-propos, il faut toutefois admettre que l'application systématique des meilleures pratiques est parfois difficile, voire irréaliste. L'ajout de l'utilisation du jugement clinique vise à pallier cette limite, mais les recommandations (et toute autre documentation pertinente) doivent appuyer le processus de réflexion et la prise de décision.

Finalement, l'implication, la motivation et l'engagement du personnel sont fortement considérés comme des facteurs clés du succès de l'implantation, tant dans la littérature que par les parties prenantes. Il est donc particulièrement important non seulement de préparer les équipes en amont, mais aussi de les impliquer, comme recommandé dans le présent rapport. Ce sont les membres des équipes de soins qui auront à mettre en œuvre les nouvelles pratiques et qui sont le plus fréquemment en contact avec les usagères et utilisateurs ainsi qu'avec leurs proches. Leur compréhension et leur adhésion au projet sont donc nécessaires, et ce, dès le début, sinon les résultats attendus ne seront pas obtenus.

5.2 PISTES DE RÉFLEXION

Les prochaines étapes à entreprendre pour améliorer la gestion des risques de chutes durant la prestation de soins et de services au Québec sont nombreuses. Voici donc quelques pistes de réflexion qui, selon la littérature scientifique ou diverses parties prenantes (personnes expertes, usagères et utilisateurs, proches, etc.), sont considérées comme prometteuses.

Tout d'abord, certains établissements, comme les ressources intermédiaires ou certaines unités de réadaptation, sont aux prises avec une augmentation des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus, tout comme les CH et les CHSLD. Des travaux supplémentaires, basés sur le présent rapport, pourraient identifier les recommandations applicables dans des contextes similaires, ou leur adaptation à ces contextes.

Par ailleurs, des études récentes suggèrent que l'intelligence artificielle (IA), appliquée aux dossiers numériques, pourrait être efficace pour prédire le risque de chutes (18). Bien que le nombre d'études soit insuffisant pour l'affirmer avec certitude, ce qui explique l'absence de recommandation en ce sens, la tendance générale est prometteuse. Avec l'arrivée prochaine du dossier de santé numérique au Québec, il pourrait donc être pertinent de surveiller les avancées dans ce domaine en plein essor depuis quelques années.

Le concept de la dénutrition, abordée brièvement dans la huitième recommandation sur la gestion des risques de chutes, mérite d'être examiné davantage. Cette condition touche une proportion significative de personnes âgées et est associée à l'aggravation de divers risques, notamment celui des chutes. La mise en place d'un dépistage plus systématique dans l'ensemble des établissements de santé serait donc à considérer et pourrait avoir des effets bénéfiques sur la santé et la qualité de vie de la population québécoise vieillissante, en plus d'éviter plusieurs incidents et accidents. Le dépistage de la déshydratation pourrait également faire l'objet de la même réflexion.

Finalement, il faut considérer les usagères et usagers de 65 ans et plus qui n'ont pas de personne proche aidante pour les soutenir. Dans certains cas, la personne âgée est inapte à s'impliquer dans son propre processus de gestion des risques de chutes en raison de son état de santé physique, mentale ou cognitive. Dans ces situations, une alternative pour considérer les valeurs et les préférences des usagères et usagers doit donc être envisagée, afin d'offrir des soins et des services de manière équitable, indépendamment de leur contexte particulier.

6. CONCLUSION

Le MSSS a mandaté le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et le CHU de Québec – UL pour la mise à jour des recommandations de 2014, respectivement pour la gestion des risques de chutes et les erreurs de médication. Le présent rapport présente le processus rigoureux employé ainsi que les recommandations élaborées par l'équipe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et ses partenaires. Ainsi, **16 recommandations** ont été émises et entérinées par un groupe de spécialistes dont les membres sont issus de diverses spécialités :

- Dix recommandations portent sur la **gestion des risques de chutes**;
- Six recommandations abordent les **bonnes pratiques en matière d'implantation** dans les établissements du RSSS.

La seconde catégorie découle du fait que la littérature et les parties prenantes s'entendent unanimement sur l'importance de la qualité du processus de mise en œuvre d'un programme, de pratiques prometteuses ou de recommandations comme condition essentielle de réussite, sans laquelle il est improbable d'obtenir les résultats escomptés.

Les recommandations couvrent l'ensemble des étapes de la gestion des risques de chutes (repérage, analyse de risques, élaboration du plan d'intervention, mise en œuvre, composantes du plan, suivis, etc.) et décrivent les meilleures pratiques actuelles. Les données probantes, soit la littérature scientifique, les données contextuelles québécoises et les données expérientielles, ont guidé les orientations choisies. Les grandes tendances qui en ressortent sont l'importance et la nécessité :

- d'impliquer activement les usagères, les usagers et leurs proches sur tout le continuum de soins en lien avec les chutes;
- d'adapter l'évaluation, les interventions multifactorielles et les suivis à chaque individu et à chaque contexte;
- d'offrir de l'éducation et du soutien à l'ensemble des parties prenantes;
- de suivre un processus de qualité pour une implantation collaborative et durable;
- de faire preuve d'un leadership organisationnel fort pour appuyer les équipes.

De plus, des pistes de réflexion, au sujet des recommandations elles-mêmes et sur les prochaines étapes à entreprendre pour améliorer la gestion des risques de chutes dans les établissements du RSSS québécois, ont été proposées. Le groupe de travail croit ainsi que l'ensemble des éléments abordés dans ce document permettra de progresser dans le domaine de la prévention des chutes en CH et en CHSLD chez les personnes âgées, et ainsi d'augmenter la qualité et la sécurité des soins et des services offerts à la population.

7. ANNEXES

ANNEXE I. USAGÈRES ET USAGERS PARTENAIRES DU GROUPE DE DISCUSSION

Nom	Provenance ou affiliation
Suzanne Brisson	CISSS de Chaudière-Appalaches
Denis Bluteau	CHSLD Providence – Saint-Joseph
Patrick Cothenet	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Andrée Croteau	ND
Morena Espinoza	Résidence Angelica CHSLD
Claude Guimond	Regroupement provincial des comités des usagers
Michel Lafrance	CIUSSS de l’Estrie – CHUS

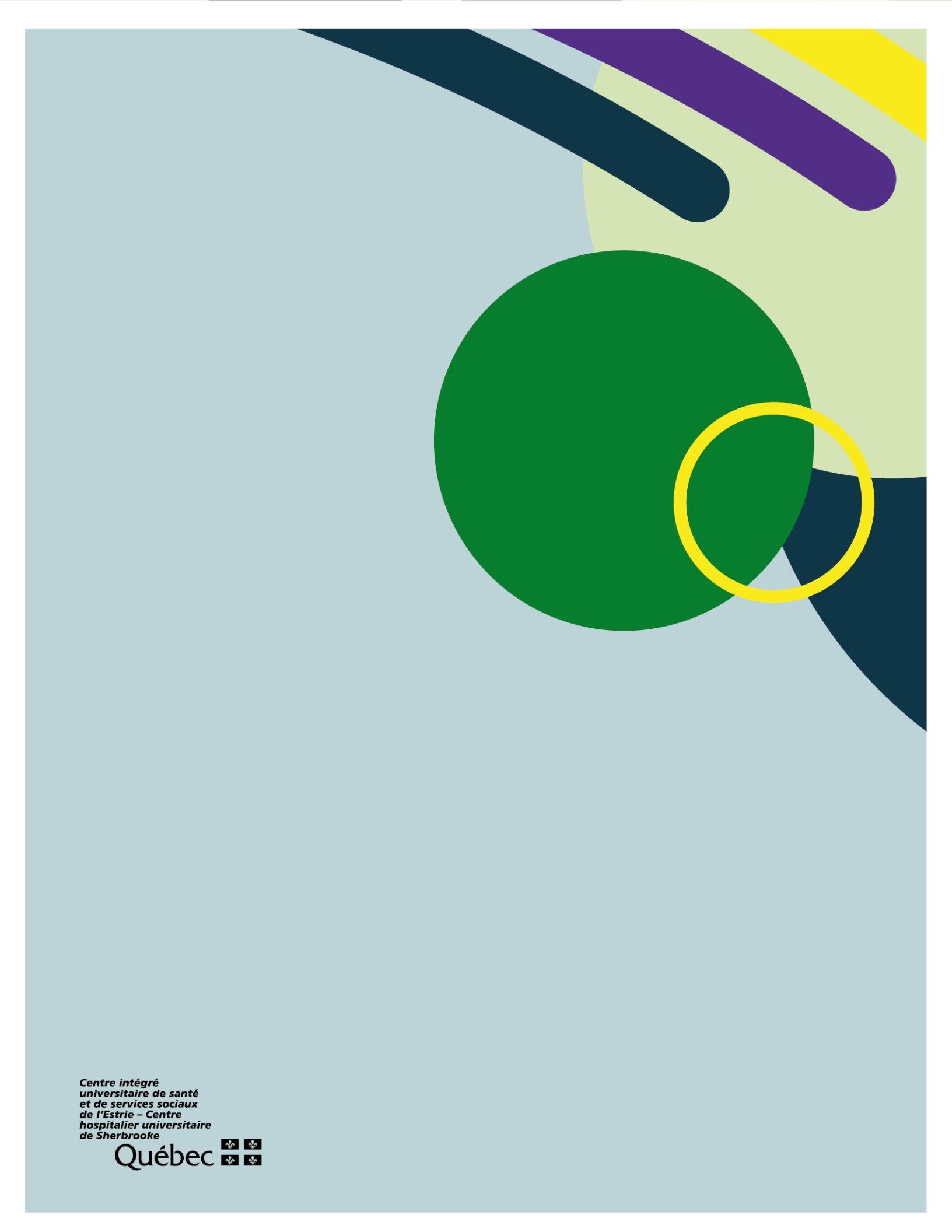
ANNEXE II. MEMBRES DU GROUPE DE SPÉCIALISTES POUR LA MÉTHODE DELPHI

Nom	Établissement d'appartenance	Poste ou titre
Adélaïde Blouin-Guindon	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Conseillère cadre en soins infirmiers
Mélanie Boily	CISSS de Chaudière-Appalaches	Conseillère professionnelle, Direction des services multidisciplinaires - soutien aux pratique professionnelle et développement clinique
Diana Cruz Santiago	Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)	Médecin, directrice du programme avancé en soins aux personnes âgées (PASAPA), professeur agrégée, Université de Montréal, chercheure clinicienne associée, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM)
Marie-France De Caens	CIUSSS de la Capitale-Nationale	Conseillère cadre en gestion des risques et à la qualité
Matthieu Lafontaine-Godbout	CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Institut Universitaire de gériatrie de Sherbrooke	Médecin
Rachel Landry	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Conseillère cadre en réadaptation physique et aux services thérapeutiques
Pier B. Lortie	CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS)	Adjointe à la directrice scientifique
Jessie Pelletier	CHU de Québec – UL	Conseillère cadre en qualité et en gestion des risques
Ève Pilette	CISSS de la Montérégie-Centre	Cheffe de service en gestion de la qualité et des risques Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance, de l'éthique et de Lean
Véronique Provencher	Université de Sherbrooke Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de réadaptation	Professeure titulaire, gériatrie-gérontologie et ergothérapie
Philippe Voyer	Université Laval, Faculté des sciences infirmières	Infirmier., Ph. D., vice-doyen aux études de 1 ^{er} cycle et à la formation continue, professeur titulaire en gériatrie et en gérontopsychiatrie, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Marie Vanier	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Usagère partenaire
Jean-Marc Desrosiers	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Usager partenaire

8. BIBLIOGRAPHIE

1. MSSS. Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins [Internet]. 2014 [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-735-04W.pdf>
2. Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication: de la stratégie à l'action - Volet : chutes. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2014. Report No.: 14-735-02W.
3. Améliorer la prévention des chutes et incidents et accidents liés à la médication : de la stratégie à l'action - Volet : incidents et accidents liés à la médication. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2014. Report No.: 14-735-03W.
4. Direction de l'éthique et de la qualité. Rapport 2023-2024 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2025.
5. Direction de l'éthique et de la qualité. Rapport 2021-2022 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2023.
6. Direction de l'éthique et de la qualité. Rapport 2022-2023 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2024.
7. Lane J. Guide pour accompagner l'implantation de bonnes pratiques. Sherbrooke: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie; 2015.
8. Massuard M. Guide pour accompagner l'implantation de pratiques prometteuses dans un établissement. 2023.
9. Brault A. Chutes en centre hospitalier et en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) – mise à jour d'une recension des écrits réalisée en 2014. Sherbrooke: UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS; 2024.
10. Brault A. Chutes en centre hospitalier et en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) - Bonnes pratiques en matière d'implantation. Sherbrooke: UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS; 2024.
11. Slocum N, Elliott J, Heesterbeek S, Lukensmeyer CJ. Méthodes participatives - Un guide pour l'utilisateur. Fondation Roi Baudouin; 2006.
12. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI); 2018 juill.
13. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). Référentiel de compétences du CPIS pour l'avancement de la collaboration en santé et services sociaux. 2024.
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle - Contention, isolement et substances chimiques. 2015.

15. Dyer SM, Suen J, Kwok WS, Dawson R, McLennan C, Cameron ID, et al. Exercise for falls prevention in aged care: systematic review and trial endpoint meta-analyses. *Age and Ageing*. 1 déc 2023;52(12):afad217.
16. Ministère de la Santé et des Services sociaux. La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile [Internet]. 2019 [cité 11 déc. 2024]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-01W.pdf>
17. Tourigny A, Gervais MJ, Maltais M, Gauthier A, Cardinal L. Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur. Québec: INSPQ; 2024 janv.
18. Hsu Y, Kao YS. Can the Electronic Health Record Predict Risk of Falls in Hospitalized Patients by Using Artificial Intelligence? A Meta-analysis. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. juill. 2023;41(7):531-8.

An abstract graphic design featuring a light blue background. In the upper right corner, there are several overlapping geometric shapes: a large green circle, a smaller yellow circle, a dark blue curved shape, a purple curved shape, and a yellow curved shape. The text is located in the bottom left corner.

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Québec 