



INDICATEURS POUR LA 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

OCTOBRE 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

Mykola Krupko, bibliothécaire, service de mobilisation des connaissances, DCMU, 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

Judith Kodsi, directrice, DSMSSS, 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

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN 978-2-555-02369-7 (PDF)

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

AVANT-PROPOS

Le présent document accompagne le rapport « Bonnes pratiques en gestion des risques de chutes en centre hospitalier et en centre d'hébergement et de soins de longue durée » remis à Santé Québec et au ministère de la Santé et des Services sociaux à l'été 2025. Il est complémentaire à ce dernier, se voulant un outil pour favoriser le suivi de la survenue des chutes en centre hospitalier (CH) et en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de manière homogène au sein du réseau québécois de la santé. Il est à noter que, comme le rapport précédent, il porte spécifiquement sur les événements qui touchent les personnes âgées de 65 ans et plus admises en séjour de courte ou de longue durée dans l'une de ces installations.

De plus, l'importance de suivre et d'évaluer l'implantation des programmes de prévention et des recommandations qui s'y rapportent a été soulignée, autant dans la littérature scientifique que par les parties prenantes, lors de la réalisation du premier rapport. La sixième recommandation sur les bonnes pratiques d'implantation y est d'ailleurs consacrée.

L'objectif de cet écrit est donc de fournir une liste d'indicateurs potentiels de suivi pour la gestion des risques de chutes lors de la prestation de soins et de services, brossant un portrait juste et réaliste de l'évolution de la situation au Québec. De plus, des pistes de suggestions et des outils sont offerts afin de faciliter l'opérationnalisation du suivi dans l'ensemble des établissements visés, en favorisant une compréhension et une vision commune des indicateurs sélectionnés.

TABLE DES MATIÈRES

1. MISE EN CONTEXTE.....	1
1.1 MANDAT MINISTÉRIEL.....	1
1.2 IDENTIFICATION DES INDICATEURS	1
2. INDICATEURS ET CONSTATS ÉMERGENTS	3
2.1 INDICATEURS IDENTIFIÉS DANS LA LITTÉRATURE	3
2.2 COMPLÉMENT D'INFORMATION – UN BON INDICATEUR	6
2.3 PISTES DE RÉFLEXION	7
2.4 LIMITES DE LA DÉMARCHÉ	8
3. CONCLUSION.....	9
4. ANNEXES.....	11
ANNEXE I. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	11
ANNEXE II. LISTE COMPLÈTE DES INDICATEURS IDENTIFIÉS DANS LE SURVOL DE LA LITTÉRATURE.....	21
ANNEXE III. GABARIT D'UNE FICHE-INDICATEUR	23
5. BIBLIOGRAPHIE	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I.	Indicateurs retenus pour le suivi de la gestion des chutes	4
Tableau II.	Indicateurs pertinents de la viabilité d'un programme de prévention des chutes	5
Tableau III.	Indicateurs de suivi de la gestion des risques de chutes	21
Tableau IV.	Indicateurs de viabilité d'un programme de prévention des chutes	22

1. MISE EN CONTEXTE

1.1 MANDAT MINISTÉRIEL

Une augmentation continue des cas de chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus lors de la prestation de soins et de services en centre hospitalier (CH) et en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est observée depuis plusieurs années au Québec (1). Devant cette situation, le ministère de la Santé et des Services sociaux (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) pour analyser la problématique et identifier des pistes de solution. Le mandat se résume en trois objectifs principaux :

- La mise à jour de la recension des écrits portant sur la gestion des chutes réalisée par le Groupe Vigilance en 2014;
- L'identification des défis et des enjeux lors du processus d'implantation de bonnes pratiques dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS);
- La proposition de recommandations concrètes afin d'améliorer la prévention des chutes dans les CH et les CHSLD.

Le rapport abordant ces éléments a été remis à Santé Québec et au MSSS à l'été 2025 (2). Toutefois, une demande complémentaire a été formulée à l'endroit du CIUSSS de l'Estrie – CHUS afin d'identifier les indicateurs de suivi de la gestion des risques de chutes dans la province et de soutenir l'évaluation de l'implantation des recommandations. En effet, il est primordial d'assurer ces suivis de manière harmonisée afin d'évaluer les retombées des travaux et les effets de l'implantation des nouvelles recommandations sur la survenue des chutes en CH et en CHSLD chez les personnes âgées.

1.2 IDENTIFICATION DES INDICATEURS

Les membres exécutifs du Comité d'amélioration continue – Chutes (CAC – Chutes), en collaboration avec l'équipe de mobilisation des connaissances de la Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, ont procédé à un survol de la littérature afin d'identifier les meilleurs indicateurs à suivre. Ainsi, une stratégie de recherche a été élaborée conjointement avec un bibliothécaire ([annexe I](#)) pour repérer les documents pertinents. La sélection des références, l'extraction des données et leur analyse ont ensuite été réalisées afin de considérer le contexte d'utilisation des indicateurs identifiés. En effet, il est primordial d'assurer la compatibilité et la transférabilité des résultats au système de santé québécois pour qu'ils soient pertinents et mis en pratique au sein du RSSS.

Trois des quatre références retenues (3–6) sont d'origine canadienne, ce qui facilite le processus de contextualisation, bien que certaines différences soient importantes à prendre en compte. Par exemple, le fait de tenir compte de l'accessibilité des sources de données dans la sélection finale des indicateurs permet d'assurer la faisabilité de l'opérationnalisation du suivi. Les constats émergents ont été identifiés pour constituer une liste d'indicateurs potentiels, en plus de proposer des compléments d'information favorisant la mise en œuvre, l'uniformité du suivi et l'acceptabilité par les parties prenantes. Enfin, le contenu du présent document a été validé par des spécialistes en contenu au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

2. INDICATEURS ET CONSTATS ÉMERGENTS

La recherche documentaire n'a permis d'identifier que peu de documents, dont seulement quatre (3–6) ont été retenus à la suite de l'étape de sélection. Deux sont des articles scientifiques révisés par des pairs (3,6), un est un article en préimpression (4) et le dernier est un rapport du gouvernement provincial ontarien (5). La seule référence qui n'est pas canadienne (3) aborde les indicateurs généraux de viabilité d'un programme ou de nouvelles pratiques, alors que les autres, provenant de l'Ontario (4,5) et de la Colombie-Britannique (6), traitent spécifiquement des chutes ou des blessures accidentelles, dont les chutes.

2.1 INDICATEURS IDENTIFIÉS DANS LA LITTÉRATURE

Deux grandes catégories pertinentes d'indicateurs ont ainsi été déterminées : les indicateurs de suivi de la gestion des risques de chutes et ceux en lien avec la viabilité des changements implantés. L'objectif de cette dernière catégorie d'indicateurs est de favoriser le maintien des bonnes pratiques et leur adaptation à l'évolution du contexte et des besoins.

La liste complète des indicateurs identifiés dans le survol de la littérature peut être consultée à l'[annexe II](#). Dans la présente section, seuls les indicateurs jugés pertinents et applicables dans le contexte du RSSS, spécifiquement pour les personnes âgées de 65 ans et plus en CH et en CHSLD, sont présentés.

SUIVI DE LA GESTION DES RISQUES DE CHUTES

Les trois références qui abordent les indicateurs de suivi de la gestion des risques de chutes (4–6) ont employé une méthodologie rigoureuse similaire, soit un survol de la littérature, suivi d'un processus de consultation de différentes parties prenantes afin de compléter la liste d'indicateurs et de les prioriser. Plusieurs indicateurs sont présents dans les trois documents. Certains s'y trouvent sous forme de variation, par exemple le nombre de décès liés à une chute dans une étude (6), alors que ce paramètre est rapporté sous forme de taux de mortalité en raison d'une chute dans les deux autres (4,5).

Dans le présent rapport, les indicateurs sous forme de taux (ou d'incidence¹), plutôt qu'en nombre absolu, ont été privilégiés. En effet, étant donné que le profil de la population québécoise varie constamment (p. ex. en raison du vieillissement de la population), il semble plus pertinent d'en tenir compte dans les suivis. Ce phénomène fait en sorte que le nombre de chutes lors de la prestation de soins chez les personnes âgées en CH et en CHSLD peut augmenter d'une année à l'autre, alors que leur incidence diminue ou reste similaire. Ce même principe s'applique à la majorité des indicateurs. Se limiter au suivi de la récurrence de certains événements pourrait donc mener à une interprétation erronée des données.

Le [tableau I](#) présente les indicateurs retenus et suggérés au MSSS et à Santé Québec pour évaluer les effets de l'implantation des recommandations en lien avec la gestion des risques de chutes lors de la prestation de soins et de services² (2). Ils sont tous identifiés comme pertinents et importants, selon leur utilité, leur faisabilité et leur capacité à engendrer des actions, dans les trois documents. Les scores de priorisation provenant des références de la littérature, lorsque rapportés, y sont également inclus, afin de soutenir la réflexion et le choix final des indicateurs qui seront systématiquement suivis dans le RSSS et les établissements de santé. Une attention particulière a également été portée à l'applicabilité (transférabilité) de ces indicateurs dans le système québécois, afin de favoriser leur pertinence et de faciliter leur suivi à long terme. De plus, dans certains cas, les indicateurs provenant de la littérature ont été adaptés (voir l'[annexe II](#)) afin d'être cohérents avec les recommandations issues du précédent rapport (2).

¹ Nombre d'événements qui surviennent pendant une période donnée et dans une population déterminée (généralement la population la plus à risque de subir cet événement).

² Certains indicateurs issus de la littérature étaient spécifiques à la gestion des risques de chutes chez les personnes âgées vivant dans la communauté. Ces derniers n'ont pas été retenus dans le contexte du présent document.

Tableau I. Indicateurs retenus pour le suivi de la gestion des chutes

Indicateur	Commentaire	Priorité selon		
		Santé publique de l'Ontario, 2022 (5)*	Medeiros et coll., 2023 (4)**	L'accessibilité perçue des données
Taux de mortalité attribuable à une chute	Indicateur spécifique aux chutes de gravité I.	7	MS : 6 SP : 9	1
Incidence des hospitalisations en raison d'une chute	Si la chute a eu lieu en CH, cet indicateur tient compte des usagères et usagers qui ont dû être réadmis ou dont l'hospitalisation a dû être prolongée en raison de la chute.	5	MS : 5 SP : 1	1
Proportion des chutes selon le lieu ou l'activité réalisée au moment de la survenue	L'objectif est de suivre l'évolution des contextes de chutes, pour repérer des lieux (pièces, p. ex. la salle de bain) ou des activités (p. ex. le transfert du lit à une chaise) particulièrement à risque.	8	MS : 8 SP : 3	1
Proportion de personnes âgées ayant bénéficié d'un repérage ou d'une analyse multifactorielle des risques, selon le contexte	Selon la recommandation 1 du précédent rapport (2), le repérage est recommandé seulement en CH et non en CHSLD.	4	MS : 4 SP : 5	2
Disponibilité de programmes éducatifs pour le personnel sur la prévention des blessures liées aux chutes	Il ne s'agit pas d'un indicateur à mesurer, mais plutôt d'un élément à suivre afin que la réponse soit « oui » en tout temps. De plus, les programmes doivent être actualisés régulièrement, ce qui doit aussi être suivi.	ND	ND	2
Disponibilité et mise à jour opportune d'un site web ou d'une plateforme pour la prévention des chutes chez les personnes âgées	Il ne s'agit pas d'un indicateur à mesurer, mais plutôt d'un élément à suivre afin que la réponse soit « oui » en tout temps.	ND	ND	2
Coûts directs et indirects des blessures liées à une chute	Les coûts indirects sont plus difficiles à mesurer avec précision. Il peut donc s'agir d'une estimation, ou seuls les coûts directs peuvent être pris en compte pour simplifier le suivi. Toutefois, il faudrait alors tenir compte de la limite imposée par cette exclusion des coûts indirects.	2	MS : 2 SP : 6	3
Proportion de gestionnaires dédié(e)s à la prévention des chutes au niveau systémique	En amont, il faudrait définir la notion de « gestionnaire dédié(e)s » et ce que représente le « niveau systémique ».	3	MS : 3 SP : 10	3

Note : ETC = Équivalent temps complet, MS = Priorité multisectorielle, SP = Priorité pour la santé publique

*Sur 8 indicateurs **Sur 10 indicateurs

VIABILITÉ DU PROGRAMME

La viabilité d'un programme, ou *sustainability* en anglais, correspond à la présence de facteurs favorisant son implantation et son maintien après la période initiale de financement et de soutien à la mise en œuvre (7). D'autres ajoutent à cette définition le concept de maintien des avantages résultant de l'intervention, ce qui implique la capacité d'adapter le programme selon l'évolution des besoins, du contexte et des données probantes (3,8).

La mesure d'indicateurs en lien avec la viabilité du programme ou des recommandations, semble donc constituer une approche prometteuse pour maximiser leurs impacts et favoriser leur pérennité. Pour guider le choix des indicateurs présentés dans le [tableau II](#), la perception de leur pertinence et de leur utilité par une multitude de parties prenantes réunies dans le contexte de l'étude (3) a été utilisée. Elle y est d'ailleurs rapportée à titre indicatif.

Une attention particulière a été portée à l'applicabilité des indicateurs dans le RSSS, comme pour la sélection des indicateurs de suivi de la gestion des risques de chutes (voir la sous-section [ci-dessus](#)). D'ailleurs, il est important de noter que les indicateurs présentés dans l'article de Smith et coll. (3) ont été initialement élaborés pour des programmes, notamment pour les exercices Otago (9). Certains ne sont donc pas applicables à des recommandations, qui dépassent l'implantation d'un programme préexistant.

Tableau II. Indicateurs pertinents de la viabilité d'un programme de prévention des chutes

Indicateur	Commentaire	Perception de l'utilité selon Smith et coll., 2018 (3)*
Taux d'établissements ayant implanté les recommandations	Cet indicateur pourrait être détaillé pour suivre le degré d'implantation dans chaque établissement (pourcentage des recommandations implantées).	9,33
Taux d'établissements ayant implanté un système de suivi de l'implantation des recommandations	Cet indicateur est directement lié à la dernière recommandation du rapport précédent (2). Cet indicateur pourrait être détaillé pour suivre le degré d'implantation dans chaque établissement, en calculant le taux d'installations au sein d'un établissement donné ayant un système de suivi.	6,33
Taux d'établissements ayant implanté un système de suivi de la gestion des risques de chutes	Cet indicateur permet d'assurer la faisabilité du suivi des indicateurs présentés dans la sous-section précédente (gestion des risques de chutes). Cet indicateur pourrait être détaillé pour suivre le degré d'implantation dans chaque établissement, en calculant le taux d'installations au sein d'un établissement donné ayant un système de suivi.	6,33
Satisfaction du personnel à l'égard de l'implantation et du suivi des recommandations	Initialement, il est recommandé de suivre la satisfaction en lien avec le processus d'implantation. Ensuite, le suivi portera davantage sur la satisfaction envers les résultats observés.	5,67

* Selon les personnes responsables de l'implantation des programmes de prévention des chutes dans l'étude, pendant la période de financement des programmes ciblés. Ce score est exprimé en moyenne sur 10.

2.2 COMPLÉMENT D'INFORMATION – UN BON INDICATEUR

Les critères considérés pour sélectionner les indicateurs de la section [2.1](#) sont fondés sur les caractéristiques d'un bon indicateur (10,11) :

- La pertinence, qu'elle soit perçue ou objective;
- La validité, c'est-à-dire que l'indicateur mesure réellement le concept ciblé;
- La faisabilité, incluant la disponibilité des données nécessaires à sa mesure et la charge de travail additionnelle imposée par cette collecte de données;
- La qualité des données disponibles utilisées pour mesurer l'indicateur;
- La fiabilité, c'est-à-dire l'objectivité de la mesure, la rendant facile à reproduire;
- La comparabilité, soit la possibilité de comparer la mesure à celle d'un autre contexte, comme une autre province par exemple.

En effet, la mesure et le suivi d'un indicateur demandent des ressources, comme du temps, du personnel qualifié, un budget alloué et des ressources informatiques (p. ex. pour la mise à jour des banques de données). Il est donc impératif que ces indicateurs soient bien réfléchis et adéquats, afin de rendre le processus le plus efficace possible, sans compromettre la qualité de l'information ainsi obtenue. De plus, idéalement, un indicateur devrait permettre d'indiquer clairement un problème et suggérer des pistes de solution en cas de déclin du score ou de la mesure. Le suivi d'un paramètre sur lequel les usagers, les usagers, leurs proches, le personnel, les gestionnaires ou même le gouvernement n'exercent aucun contrôle n'est donc pas recommandé, puisqu'aucune action ne pourrait être entreprise pour rectifier la situation en cas de problématique.

La qualité des données sur les chutes dans le RSSS

Une précision particulière s'impose également au sujet de la qualité des données utilisées pour mesurer les indicateurs. Comme certains reposent sur les déclarations faites par le personnel des établissements, il serait important d'uniformiser les critères de déclaration ainsi que la caractérisation des conséquences des chutes. Actuellement, elles sont rapportées en fonction de critères établis par chaque établissement, et non selon des critères harmonisés fondés sur des données cliniques probantes. Par exemple, le choix de déclarer ou non chaque chute individuelle lors de chutes répétées est variable. Il en va de même pour le délai maximal permis pour affirmer qu'une chute a contribué à un décès, qui varie de 48 heures à 14 jours selon les établissements. L'harmonisation de ces critères constitue donc un préalable incontournable à l'implantation des indicateurs de suivi de la gestion des risques de chutes, afin de compiler les résultats au niveau provincial et de comparer la performance des différents établissements. De plus, ce processus permettrait de dresser un portrait plus fiable et d'obtenir une meilleure compréhension de la situation, sans ambiguïté quant à ce qui est réellement représenté par les déclarations et les indicateurs, favorisant ainsi un meilleur suivi et une prestation de soins plus sécuritaire et de meilleure qualité.

2.3 PISTES DE RÉFLEXION

Outre les informations rapportées ci-haut, certains éléments devraient faire l'objet de réflexions plus approfondies. Tout d'abord, certains indicateurs peuvent être décomposés en plusieurs sous-indicateurs, selon l'objectif. En effet, dans la plupart des cas, une mesure permet d'obtenir un portrait global, incluant l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus dans le calcul. Selon le numérateur et le dénominateur utilisés, le même indicateur peut toutefois éclairer un contexte spécifique, sans nécessairement offrir une vue d'ensemble. Par exemple, pour l'indicateur « Incidence des hospitalisations en raison d'une chute », il est possible de calculer cette mesure pour toute la province³, mais aussi pour un CHSLD en particulier⁴. La même logique peut s'appliquer à d'autres indicateurs, comme le taux de mortalité attribuable à une chute et la proportion de personnes âgées ayant bénéficié d'un repérage ou d'une analyse multifactorielle des risques, selon le contexte.

Pour l'indicateur « Proportion des chutes selon le lieu ou l'activité réalisée au moment de la survenue », il serait pertinent de convenir d'une nomenclature commune à l'ensemble du RSSS, afin de faciliter la compilation et l'analyse des données. Une liste d'options de lieux et d'activités pourrait donc être fournie afin de mieux caractériser les chutes qui surviennent en CH ou en CHSLD chez les personnes âgées. Ces choix de réponses devraient ensuite être revus régulièrement, afin de représenter adéquatement la réalité des différents milieux et de suivre l'évolution des pratiques.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que des indicateurs en lien avec les exercices d'équilibre et de force sont jugés prioritaires par plusieurs parties prenantes expertes ([annexe II](#)). Toutefois, ils n'ont pas été retenus, car aucune recommandation n'avait été émise à ce sujet dans le rapport précédent (2). Cette absence s'explique par le fait que le seuil minimal de consensus n'avait pas été atteint par le groupe de spécialistes ayant participé au processus Delphi, malgré la présence de données probantes sur le sujet dans la littérature (12,13). Toutefois, d'autres études sont arrivées à des résultats contradictoires quant à l'effet des exercices sur la gestion des risques de chutes. Ainsi, il semble que certains exercices particuliers, pratiqués dans un contexte précis, aient un impact significatif, mais non les exercices en général (13). En tenant compte de l'ensemble de ces informations, il serait pertinent, comme discuté dans le rapport précédent, que des recherches supplémentaires soient menées sur le sujet, plus particulièrement dans un contexte québécois.

Ensuite, le degré d'importance accordé aux différents indicateurs varie grandement en fonction des besoins et du rôle de la personne à laquelle ils s'adressent. Il s'agit d'un phénomène bien documenté, qui se reflète, par exemple, dans les résultats du processus de priorisation des indicateurs mené en parallèle par un groupe multisectoriel et un groupe issu de la santé publique (4). Ainsi, il est primordial pour Santé Québec d'avoir accès à des indicateurs permettant d'obtenir une vue d'ensemble, et ce, en raison de leur position et de leurs responsabilités. Les indicateurs proposés dans le présent document ont cet objectif, soit de permettre une perspective provinciale sur la gestion des risques de chutes et sur l'implantation des recommandations. Les établissements, quant à eux, s'intéressent plutôt à des indicateurs de nature tactique et opérationnelle. D'autres options provenant de la littérature ([annexe II](#)) pourraient donc être retenues dans les organisations, selon leur contexte et leurs besoins particuliers.

Enfin, deux éléments essentiels à prendre en compte dans le processus de déploiement du suivi des indicateurs sont le transfert de connaissances et la communication. En effet, comme il s'agit d'un processus d'envergure, il est important de faciliter le changement et l'implantation pour l'ensemble des partenaires impliqués. Ainsi, la transparence de la démarche est un atout, en plus de la production d'outils de soutien. Pour chacun des indicateurs sélectionnés, la littérature suggère fortement de fournir un tableau de spécifications des indicateurs, aussi appelé fiche indicateur (5,6,11). Ce complément fournit plusieurs informations favorisant la compréhension commune des indicateurs, mais aussi les méthodes de mesure,

³ Calcul : Nombre d'hospitalisations de personnes âgées de 65 ans et plus en raison d'une chute / Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec

⁴ Calcul : Nombre d'hospitalisations de résidentes ou résidents de 65 ans et plus en raison d'une chute / Nombre total de résidentes ou résidents de 65 ans et plus

les unités à utiliser (pour faciliter la compilation) et les sources de données à consulter. Le gouvernement du Québec (11), ainsi qu'un document publié par la santé publique ontarienne, fournissent d'ailleurs, en annexe, des exemples concrets de fiches indicateurs (5), ce qui pourrait servir de point de départ pour les réflexions suggérées ici. Un gabarit proposé de fiche indicateur, intégrant des éléments des deux références mentionnées précédemment, est présenté à l'[annexe III](#).

2.4 LIMITES DE LA DÉMARCHE

La démarche appliquée pour produire le présent document comporte certaines limites. Il s'agit d'un survol de la littérature et non d'une revue exhaustive : certaines références ont donc pu être omises involontairement. Aussi, la recherche documentaire n'a permis d'identifier que 26 documents malgré plusieurs itérations, dont seulement quatre ont été jugés pertinents pour le projet. Les sources d'information, quoique fiables, sont donc limitées. Les références retenues mentionnent également avoir leurs propres limites, comme la subjectivité potentielle des parties prenantes consultées, le faible taux de réponse aux sondages et le nombre restreint de documents disponibles sur le sujet dans la littérature. Il est aussi important de noter que deux publications, soit celles du gouvernement ontarien (5) et de Medeiros et coll. (4) partagent le même survol initial de la littérature. Ainsi, les indicateurs initiaux soumis aux groupes de spécialistes étaient les mêmes. Toutefois, les processus de délibération et de priorisation des deux études ont été conduits de manière distincte. Enfin, aucune consultation élargie n'a été effectuée dans le contexte de l'élaboration du présent document. De multiples validations ont toutefois été réalisées auprès de différents spécialistes, afin d'en assurer la pertinence et l'exactitude du contenu.

3. CONCLUSION

Le présent document est complémentaire au rapport initial produit à l'été 2025 (2). Il vise à alimenter la réflexion de Santé Québec et du MSSS afin d'identifier les indicateurs de suivi pour la gestion des risques de chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus en CH et en CHSLD, ainsi que pour l'implantation des recommandations à cet effet. Ainsi, **12 indicateurs** ont été suggérés afin d'obtenir un portrait assez large de la situation au Québec.

Pour permettre une vision juste de la situation, il est primordial de disposer de bons indicateurs, applicables et pertinents. De plus, des données de qualité sont nécessaires pour mesurer ces indicateurs, afin d'en assurer la validité et la représentativité. La manière de communiquer les instructions aux responsables de la collecte de données et de la mesure est également essentielle à considérer. En effet, l'ensemble des établissements de la province doit partager les mêmes méthodes afin de permettre la compilation des données et les comparaisons, au besoin.

Ce document est également un outil de soutien pour l'implantation de la dernière recommandation du rapport précédent : « Évaluer l'implantation afin d'en favoriser la pérennisation et l'amélioration continue ». Quoique les indicateurs de suivi de la gestion des risques de chutes soient probablement considérés comme plus prioritaires, les mesures en lien avec la viabilité des recommandations demeurent importantes et constituent des outils intéressants dans une perspective de pérennisation et d'amélioration continue.

4. ANNEXES

ANNEXE I. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

OID MEDLINE

Interrogée le : 14 juillet 2025

Version 1

EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <June 2025>

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to July 9, 2025>

Embase <1974 to 2025 July 10>

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 11, 2025>

- 1 exp *falling/ or exp *Accidental Falls/ 34390
- 2 (fall? or falling or faller?).ab,kf,ti. 554708
- 3 1 or 2 557599
- 4 exp Long-Term Care/ or exp Institutionalization/ or exp Hospitalization/ or exp Subacute Care/ or exp Hospitals/ or exp Hospital Units/ or exp Rehabilitation Centers/ or exp Inpatients/ or exp Residential Facilities/ or exp Nursing Homes/ or exp long term care/ or exp institutionalization/ or exp hospitalization/ or exp subacute care/ or exp subacute care/ or exp subacute care/ or exp hospital/ or exp "hospital subdivisions and components"/ or exp rehabilitation center/ or exp hospital patient/ or exp residential home/ or exp nursing home/ 5590633
- 5 (("long stay" or "long term" or acute or "sub-acute" or subacute or residential or rehabilitation or geriatric*) adj2 (care or ward\$1 or unit\$1 or department\$1 or center\$1 or facilit\$3)).ab,kf,ti. 301687
- 6 (hospital* or inpatient\$1 or residen* or institution*).ab,kf,ti. 6866555
- 7 ((nursing or aged or "old age" or senior?) adj1 (home? or Housing)).ab,kf,ti. 101581
- 8 (("Extended Care" or "Skilled Nursing") adj1 Facilit\$3).ab,kf,ti. 12681
- 9 4 or 5 or 6 or 7 or 8 10138471
- 10 Primary Prevention/ 73129
- 11 primary prevention/ 73129
- 12 "prevent*".ab,kf,ti. 4862154
- 13 10 or 11 or 12 4882701
- 14 "indicator*".ab,kf,ti. 1032379
- 15 9 and 13 and 14 21501
- 16 limit 15 to (english or french) 19743
- 17 limit 16 to last 10 years 13812
- 18 limit 17 to (guideline or meta analysis or network meta-analysis or "scoping review" or "systematic review") 1093
- 19 remove duplicates from 18 1007

Version 2: Mesh + Ti

EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <June 2025>

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to July 9, 2025>

Embase <1974 to 2025 July 10>

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 11, 2025>

- 1 exp *falling/ or exp *Accidental Falls/ 34390
- 2 (fall? or falling or faller?).ti. 69079
- 3 1 or 2 75977
- 4 exp Long-Term Care/ or exp Institutionalization/ or exp Hospitalization/ or exp Subacute Care/ or exp Hospitals/ or exp Hospital Units/ or exp Rehabilitation Centers/ or exp Inpatients/ or exp Residential Facilities/ or exp Nursing Homes/ or exp long term care/ or exp institutionalization/ or exp hospitalization/ or exp subacute care/ or exp subacute care/ or exp subacute care/ or exp hospital/ or exp "hospital subdivisions and components"/ or exp rehabilitation center/ or exp hospital patient/ or exp residential home/ or exp nursing home/ 5590633
- 5 (("long stay" or "long term" or acute or "sub-acute" or subacute or residential or rehabilitation or geriatric*) adj2 (care or ward\$1 or unit\$1 or department\$1 or center\$1 or facilit\$3)).ti. 83849
- 6 (hospital* or inpatient\$1 or residen* or institution*).ti. 1364487
- 7 ((nursing or aged or "old age" or senior?) adj1 (home? or Housing)).ti. 49885
- 8 (("Extended Care" or "Skilled Nursing") adj1 Facilit\$3).ti. 3080
- 9 4 or 5 or 6 or 7 or 8 6248981
- 10 Primary Prevention/ 73129
- 11 primary prevention/ 73129
- 12 "prevent*".ti. 896032
- 13 10 or 11 or 12 940702
- 14 "indicator*".ti. 127715
- 15 9 and 13 and 14 169
- 16 limit 15 to (english or french) 153
- 17 limit 16 to last 10 years 77
- 18 remove duplicates from 17 56 0/56

Interrogée le : 15 juillet 2025

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to July 9, 2025>

EBM Reviews - Cochrane Methodology Register <3rd Quarter 2012>

Embase <1974 to 2025 July 14>

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 14, 2025>

APA PsycInfo 1806 to July 2025 Week 1>

- 1 "Fall prevent* Indicator*".ti. 0
- 2 Fall Prevention Indicators.ti. 0
- 3 (fall or falls or falling or faller or fallers).ti. 70751

4	"prevent*".ti.	871426
5	"indicator*".ti.	135366
6	3 and 4 and 5	18
7	remove duplicates from 6	9

Interrogée le : 18 juillet 2025

Ovid MEDLINE(R) <1946 to July Week 2 2025>

Ovid MEDLINE(R) <1946 to July Week 2 2025>

1	Accidental Falls/	30253
2	(fall or falls or falling or faller or fallers).ab,kf,ti.	185497
3	1 or 2	192265
4	Long-Term Care/	29668
5	Institutionalization/	5595
6	Hospitalization/	148382
7	Subacute Care/	1535
8	exp Hospitals/	335321
9	exp Hospital Units/	148122
10	Rehabilitation Centers/	8887
11	Inpatients/	32724
12	Homes for the Aged/	15442
13	exp Nursing Homes/	46670
14	((("long stay" or "long term" or acute or "sub-acute" or subacute or residential or rehabilitation or geriatric*) adj2 (care or ward\$1 or unit\$1 or department\$1 or center\$1 or facilit\$3)).ab,kf,ti.	100881
15	(hospital* or inpatient\$1 or residen* or institution*).ab,kf,ti.	2137103
16	((nursing or aged or "old age" or senior?) adj1 (home? or housing)).ab,kf,ti.	38080
17	((("extended care" or "skilled nursing") adj1 facilit\$3).ab,kf,ti.	4127
18	4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	2421066
19	Primary Prevention/	20510
20	Secondary Prevention/	23547
21	Tertiary Prevention/	216
22	"prevent*".ab,kf,ti.	1691942
23	19 or 20 or 21 or 22	1709350
24	exp Aged/ or exp Aging/ or exp Geriatrics/	3939217
25	(old adj1 (people* or patient* or inpatient* or "in-patient" or "in-patients" or client* or person* or individual* or wom#n or man or men or age)).ab,kf,ti.	325082
26	24 or 25	4150578
27	exp Health Status Indicators/	362499

28 exp Quality Indicators, Health Care/ 26267
 29 Program Evaluation/ 69294
 30 exp "Outcome and Process Assessment, Health Care"/ 1488541
 31 (indicator? or assess* or measur* or metrics or evaluation* or effectiveness).ab,kf,ti.
 7500715
 32 27 or 28 or 29 or 30 or 31 8548568
 33 3 and 18 and 23 and 26 and 32 2701
 34 limit 33 to ((english or french) and last 10 years) 1418

Version 3 : indicateurs en titre seulement + Meshs

Ovid MEDLINE(R) <1946 to July Week 2 2025>

1 Accidental Falls/ 30253
 2 (fall or falls or falling or faller or fallers).ab,kf,ti. 185497
 3 1 or 2 192265
 4 Long-Term Care/ 29668
 5 Institutionalization/ 5595
 6 Hospitalization/ 148382
 7 Subacute Care/ 1535
 8 exp Hospitals/ 335321
 9 exp Hospital Units/ 148122
 10 Rehabilitation Centers/ 8887
 11 Inpatients/ 32724
 12 Homes for the Aged/ 15442
 13 exp Nursing Homes/ 46670
 14 (("long stay" or "long term" or acute or "sub-acute" or subacute or residential or rehabilitation or
 geriatric*) adj2 (care or ward\$1 or unit\$1 or department\$1 or center\$1 or facilit\$3)).ab,kf,ti.
 100881
 15 (hospital* or inpatient\$1 or residen* or institution*).ab,kf,ti. 2137103
 16 ((nursing or aged or "old age" or senior?) adj1 (home? or housing)).ab,kf,ti. 38080
 17 (("extended care" or "skilled nursing") adj1 facilit\$3).ab,kf,ti. 4127
 18 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 2421066
 19 Primary Prevention/ 20510
 20 Secondary Prevention/ 23547
 21 Tertiary Prevention/ 216
 22 "prevent*".ab,kf,ti. 1691942
 23 19 or 20 or 21 or 22 1709350
 24 exp Aged/ or exp Aging/ or exp Geriatrics/ 3939217

25 (old adj1 (people* or patient* or inpatient* or "in-patient" or "in-patients" or client* or person* or individual* or wom#n or man or men or age)).ab,kf,ti. 325082

26 24 or 25 4150578

27 exp Health Status Indicators/ 362499

28 exp Quality Indicators, Health Care/ 26267

29 indicator?.ti. 48470

30 27 or 28 or 29 430050

31 3 and 18 and 23 and 30 262

32 limit 31 to ((english or french) and last 10 years) 106

Version 4: (indicator or indicators).ti.

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 17, 2025>

1 Accidental Falls/ 30300

2 (fall or falls or falling or faller or fallers).ab,kf,ti. 222955

3 1 or 2 229723

4 Long-Term Care/ 29694

5 Institutionalization/ 5596

6 Hospitalization/ 148582

7 Subacute Care/ 1535

8 exp Hospitals/ 335558

9 exp Hospital Units/ 148334

10 Rehabilitation Centers/ 8889

11 Inpatients/ 32767

12 Homes for the Aged/ 15459

13 exp Nursing Homes/ 46708

14 (("long stay" or "long term" or acute or "sub-acute" or subacute or residential or rehabilitation or geriatric*) adj2 (care or ward\$1 or unit\$1 or department\$1 or center\$1 or facilit\$3)).ab,kf,ti. 117064

15 (hospital* or inpatient\$1 or residen* or institution*).ab,kf,ti. 2566204

16 ((nursing or aged or "old age" or senior?) adj1 (home? or housing)).ab,kf,ti. 42196

17 (("extended care" or "skilled nursing") adj1 facilit\$3).ab,kf,ti. 4649

18 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 2858577

19 Primary Prevention/ 20518

20 Secondary Prevention/ 23563

21 Tertiary Prevention/ 216

22 "prevent*".ab,kf,ti. 2009328

23 19 or 20 or 21 or 22 2026736

24 exp Aged/ or exp Aging/ or exp Geriatrics/ 3944510

25 (old adj1 (people* or patient* or inpatient* or "in-patient" or "in-patients" or client* or person* or individual* or wom#n or man or men or age)).ab,kf,ti. 408216

26 24 or 25 4238919

27 (indicator or indicators).ti. 57415

28 3 and 18 and 23 and 26 and 27 12

Version 5: exp Health Status Indicators/ OR (indicator or indicators).ab,kf,ti.

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 17, 2025>

1 Accidental Falls/ 30300

2 (fall or falls or falling or faller or fallers).ab,kf,ti. 222955

3 1 or 2 229723

4 Long-Term Care/ 29694

5 Institutionalization/ 5596

6 Hospitalization/ 148582

7 Subacute Care/ 1535

8 exp Hospitals/ 335558

9 exp Hospital Units/ 148334

10 Rehabilitation Centers/ 8889

11 Inpatients/ 32767

12 Homes for the Aged/ 15459

13 exp Nursing Homes/ 46708

14 (("long stay" or "long term" or acute or "sub-acute" or subacute or residential or rehabilitation or geriatric*) adj2 (care or ward\$1 or unit\$1 or department\$1 or center\$1 or facilit\$3)).ab,kf,ti. 117064

15 (hospital* or inpatient\$1 or residen* or institution*).ab,kf,ti. 2566204

16 ((nursing or aged or "old age" or senior?) adj1 (home? or housing)).ab,kf,ti. 42196

17 (("extended care" or "skilled nursing") adj1 facilit\$3).ab,kf,ti. 4649

18 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 2858577

19 Primary Prevention/ 20518

20 Secondary Prevention/ 23563

21 Tertiary Prevention/ 216

22 "prevent*".ab,kf,ti. 2009328

23 19 or 20 or 21 or 22 2026736

24 exp Aged/ or exp Aging/ or exp Geriatrics/ 3944510

25 (old adj1 (people* or patient* or inpatient* or "in-patient" or "in-patients" or client* or person* or individual* or wom#n or man or men or age)).ab,kf,ti. 408216

26 24 or 25 4238919

27 exp Health Status Indicators/ 362880

28	(indicator or indicators).ab,kf,ti.	435824
29	27 or 28	786785
30	3 and 18 and 23 and 26 and 29	250
31	limit 30 to ((english or french) and last 10 years)	124 0/124

EMBASE

Interrogée le : 18 juillet 2025

Embase <1974 to 2025 July 17>

1	exp *falling/	16012
2	(fall? or falling).ab,kf,ti.	303334
3	1 or 2	304487
4	exp aged/	4286858
5	exp aging/	363298
6	exp geriatrics/	42395
7	(aged or elderl* or older* or senior* or geriatr* or aging or ageing).ab,kf,ti.	2540443
8	(old adj1 (people* or patient* or inpatient* or "in-patient" or "in-patients" or client* or person* or individual* or wom#n or man or men or age)).ab,kf,ti.	556301
9	4 or 5 or 6 or 7 or 8	6264908
10	exp long term care/	2742444
11	exp institutionalization/	9496
12	exp hospitalization/	658819
13	exp subacute care/	2578
14	exp hospital/	1623859
15	exp "hospital subdivisions and components"/	909688
16	exp rehabilitation center/	22510
17	exp hospital patient/	255989
18	exp residential home/	8441
19	exp nursing home/	68881
20	((("long stay" or "long term" or acute or "sub-acute" or subacute or residential or rehabilitation or geriatric*) adj2 (care or ward\$1 or unit\$1 or department\$1 or center\$1 or facilit\$3)).ab,kf,ti.	171957
21	(hospital* or inpatient\$1 or residen* or institution*).ab,kf,ti.	4010547
22	((nursing or aged or "old age" or senior?) adj1 (home? or Housing)).ab,kf,ti.	54514
23	((("Extended Care" or "Skilled Nursing") adj1 Facilit\$3).ab,kf,ti.	7742
24	10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23	6930785
25	exp prevention/	2000583
26	"prevent*".ab,kf,ti.	2658208

27 25 or 26 4033518
 28 (indicator or indicators).ti. 68364
 29 3 and 9 and 24 and 27 and 28 17

CINAHL

Interrogée le : 18 juillet 2025

#	Question	Résultats
S1	(MM "Accidental Falls")	Afficher
S2	TI (fall OR falls OR falling OR faller OR fallers) OR AB (fall OR falls OR falling OR faller OR fallers)	Afficher
S3	S1 OR S2	Afficher
S4	(MH "Aged+")	Afficher
S5	(MH "Aging+")	Afficher
S6	(MH "Geriatrics+")	Afficher
S7	TI (aged OR elder! OR older* OR senior* OR geriatr* OR aging OR ageing) OR AB (aged OR elder! OR older* OR senior* OR geriatr* OR aging OR ageing)	Afficher
S8	TI (old N1 (people* OR patient* OR inpatient* OR "in-patient" OR "in-patients" OR client* OR person* OR individual* OR wom#n OR man OR men OR age)) OR AB (old N1 (people* OR patient* OR inpatient* OR "in-patient" OR "in-patients" OR client* OR person* OR individual* OR wom#n OR man OR men OR age))	Afficher
S9	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	Afficher
S10	(MH "Long Term Care")	Afficher
S11	(MH "Institutionalization+")	Afficher
S12	(MH "Hospitalization+")	Afficher
S13	(MH "Subacute Care")	Afficher
S14	(MH "Hospitals+")	Afficher
S15	(MH "Hospital Units+")	Afficher
S16	(MH "Rehabilitation Centers+")	Afficher
S17	(MH "Inpatients")	Afficher
S18	(MH "Residential Facilities+")	Afficher
S19	(MH "Nursing Homes+")	Afficher

S20	TI (("long stay" OR "long term" OR acute OR "sub-acute" OR subacute OR residential OR rehabilitation OR geriatric*) N2 (care OR ward OR wards OR unit OR units OR department OR departments OR center OR centers OR facilit*)) OR AB (("long stay" OR "long term" OR acute OR "sub-acute" OR subacute OR residential OR rehabilitation OR geriatric*) N2 (care OR ward OR wards OR unit OR units OR department OR departments OR center OR centers OR facilit*)))	Afficher
S21	TI (hospital* OR inpatient* OR residen* OR institution*) OR AB (hospital* OR inpatient* OR residen* OR institution*)	Afficher
S22	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21	Afficher
S23	(MH "Fall Prevention (Iowa NIC)")	1
S24	TI prevent* OR AB prevent*	471,473
S25	S23 OR S24	471,473
S26	TI (indicator or indicators)	15,070
S27	S3 AND S9 AND S22 AND S25 AND S26	7

EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials

Interrogée le : 18 juillet 2025

Version 1: (indicator or indicators).ti,kw,ab.

EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <June 2025>

- 1 Accidental Falls/ 2241
- 2 (fall or falls or falling or faller or fallers).ab,kw,ti. 26664
- 3 1 or 2 26821
- 4 Long-Term Care/ or Institutionalization/ or Hospitalization/ or Subacute Care/ or exp Hospitals/ or exp Hospital Units/ or Rehabilitation Centers/ or Inpatients/ or Homes for the Aged/ or exp Nursing Homes/ 24707
- 5 (("long stay" or "long term" or acute or "sub-acute" or subacute or residential or rehabilitation or geriatric*) adj2 (care or ward\$1 or unit\$1 or department\$1 or center\$1 or facilit\$3)).ab,kw,ti. 18951
- 6 (hospital* or inpatient\$1 or residen* or institution*).ab,kw,ti. 309187
- 7 ((nursing or aged or "old age" or senior?) adj1 (home? or housing)).ab,kw,ti. 5404
- 8 (("extended care" or "skilled nursing") adj1 facilit\$3).ab,kw,ti. 309
- 9 4 or 5 or 6 or 7 or 8 326115
- 10 Secondary Prevention/ or Primary Prevention/ or Tertiary Prevention/ 5159
- 11 "prevent*".ab,kw,ti. 216833
- 12 10 or 11 218519
- 13 exp Aged/ or exp Aging/ or exp Geriatrics/ 282809
- 14 (old adj1 (people* or patient* or inpatient* or "in-patient" or "in-patients" or client* or person* or individual* or wom#n or man or men or age)).ab,kw,ti. 7916

15 13 or 14 289509
 16 (indicator or indicators).ti,kw,ab. 27836
 17 3 and 9 and 12 and 15 and 16 16
 18 limit 17 to last 10 years 10 0/10

Version 2: (indicator or indicators).ti.

EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <June 2025>

1 Accidental Falls/ 2241
 2 (fall or falls or falling or faller or fallers).ab,kw,ti. 26664
 3 1 or 2 26821
 4 Long-Term Care/ or Institutionalization/ or Hospitalization/ or Subacute Care/ or exp Hospitals/ or exp Hospital Units/ or Rehabilitation Centers/ or Inpatients/ or Homes for the Aged/ or exp Nursing Homes/ 24707
 5 (("long stay" or "long term" or acute or "sub-acute" or subacute or residential or rehabilitation or geriatric*) adj2 (care or ward\$1 or unit\$1 or department\$1 or center\$1 or facilit\$3)).ab,kw,ti. 18951
 6 (hospital* or inpatient\$1 or residen* or institution*).ab,kw,ti. 309187
 7 ((nursing or aged or "old age" or senior?) adj1 (home? or housing)).ab,kw,ti. 5404
 8 (("extended care" or "skilled nursing") adj1 facilit\$3).ab,kw,ti. 309
 9 4 or 5 or 6 or 7 or 8 326115
 10 Secondary Prevention/ or Primary Prevention/ or Tertiary Prevention/ 5159
 11 "prevent*".ab,kw,ti. 216833
 12 10 or 11 218519
 13 exp Aged/ or exp Aging/ or exp Geriatrics/ 282809
 14 (old adj1 (people* or patient* or inpatient* or "in-patient" or "in-patients" or client* or person* or individual* or wom#n or man or men or age)).ab,kw,ti. 7916
 15 13 or 14 289509
 16 (indicator or indicators).ti. 2004
 17 3 and 9 and 12 and 15 and 16 0
 18 limit 17 to last 10 years 0

SCHOLAR

Interrogée le : 15 juillet 2025

allintitle: Fall Prevention Indicators 9

GOOGLE

Interrogée le : 16 juillet 2025

allintitle: fall prevention indicator 0/9 (1 doublon)

allintitle: falls prevention indicators 1/12

falls prevention indicators quelques/100 vues

Interrogée le : 21 juillet 2025

allintitle: indicateurs prévention chutes 0/2 (doublons)

ANNEXE II. LISTE COMPLÈTE DES INDICATEURS IDENTIFIÉS DANS LE SURVOL DE LA LITTÉRATURE

Tableau III. Indicateurs de suivi de la gestion des risques de chutes

Indicateur*	Thème	Référence
Nombre de décès après des blessures liées à une chute (65 ans et plus)	Décès	(6)
Taux de mortalité en raison d'une chute		(4,5)
Nombre d'hospitalisations en raison de blessures liées à une chute (65 ans et plus)	Hospitalisations	(6)
Incidence des hospitalisations en raison d'une chute		(4–6)
Incidence des hospitalisations en raison d'une blessure grave liée à une chute		(4)
Incidence des visites à l'urgence en raison d'une chute	Visites à l'urgence	(4,5)
Nombre de visites à l'urgence pour des fractures de la hanche (65 ans et plus)		(6)
Nombre de visites répétées (2 ou plus) à l'urgence dans les 12 derniers mois par 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus		(6)
Nombre d'appels au 911 avec transport ou sans transport		(4,5)
Espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) (ou Disability Adjusted Life Year [DALY] en anglais) en raison d'une blessure liée à une chute	EVCI	(4,6)
Coûts directs des blessures liées à une chute**	Coûts	(4–6)
Coûts indirects des blessures liées à une chute**		(4–6)
Temps d'attente pour une opération après une blessure liée à une chute	Temps d'attente	(6)
Couverture des dépistages des risques de chutes en première ligne***	Dépistage et analyse de risques	(6)
Proportion de personnes âgées avec un dépistage et une analyse complète de risques réalisés****		(4,5)
Couverture de l'analyse des risques à domicile		(6)
Proportion d'analyses de risques à domicile complétées		(4)
Proportion des chutes selon le lieu ou l'activité réalisée au moment de leur survenue	Contexte des chutes	(4,5)
Couverture des programmes d'exercices de force et d'équilibre	Exercices	(6)
Proportion de personnes âgées participant à un programme de force et d'équilibre		(4)
Présence de personnel désigné et qualifié responsable de la prévention des chutes au niveau provincial	Gestion provinciale	(6)
Proportion de gestionnaires dédiés à la prévention des chutes, au niveau systémique (p. ex. unités de santé publique)		(4,5)

Indicateur*	Thème	Référence
Disponibilité d'un réseau ou d'un regroupement pour la prévention des chutes	Disponibilité des ressources de soutien	(6)
Disponibilité d'un rapport sur la morbidité et la mortalité liée aux chutes		(6)
Disponibilité d'un plan stratégique ou d'un cadre de référence pour diminuer les chutes et les blessures liées aux chutes chez les personnes âgées vivant en communauté		(6)
Disponibilité de programmes éducatifs pour le personnel de la santé sur la prévention des blessures liées aux chutes		(6)
Disponibilité et mise à jour opportune d'un site web ou d'une plateforme pour la prévention des blessures liées aux chutes chez les personnes âgées		(6)

*Pour plus d'information sur l'ordre de priorisation selon un comité de spécialistes réuni dans le contexte des études, voir les articles originaux de Medeiros et coll. (4), de la santé publique ontarienne (5) et de Oakey et al. (6).

**Ces deux indicateurs sont jumelés (coûts directs et indirects) dans deux références (4,5).

***Pour être cohérent avec les recommandations du précédent rapport, cet indicateur devrait être « Couverture des repérages ou analyses multifactorielles de risques de chutes, selon le contexte, en première ligne ».

**** Pour être cohérent avec les recommandations du précédent rapport, cet indicateur devrait être « Proportion de personnes âgées avec un repérage ou une analyse multifactorielle de risques réalisés, selon le contexte ».

Tableau IV. Indicateurs de viabilité d'un programme de prévention des chutes

Indicateur*	Utilité perçue du suivi de l'indicateur*	Référence
Spécifique au programme		
Nombre d'établissements qui ont implanté le programme	9,33/10	Smith et coll., 2018 (3)
Nombre de <i>leaders</i> formé(e)s pour mener le programme par année	9,25/10	
Nombre de fois où le programme a été offert par année	9,17/10	
Nombre de personnes participantes par année	7,83/10	
Général		
Implication du personnel dans l'élaboration de nouvelles politiques, lignes de conduite, etc., en lien avec la prévention des chutes (nombre de fois qu'un membre du personnel ayant participé à l'implantation du programme a été impliqué)	7,67	Smith et coll., 2018 (3)
Couverture médiatique (nombre de mentions dans les médias)	6,00	
Nombre de publications au sujet du programme de prévention et/ou de son implantation et de ses effets	5,67	
Satisfaction du personnel	5,67	
Nombre de présentations au sujet du programme de prévention et/ou de son implantation et de ses effets	5,33	
Nombre d'établissements qui ont implanté un système de suivi du programme	5,00	

*Selon les personnes responsables d'implanter les programmes de prévention des chutes dans l'étude, pendant la période de financement des programmes ciblés.

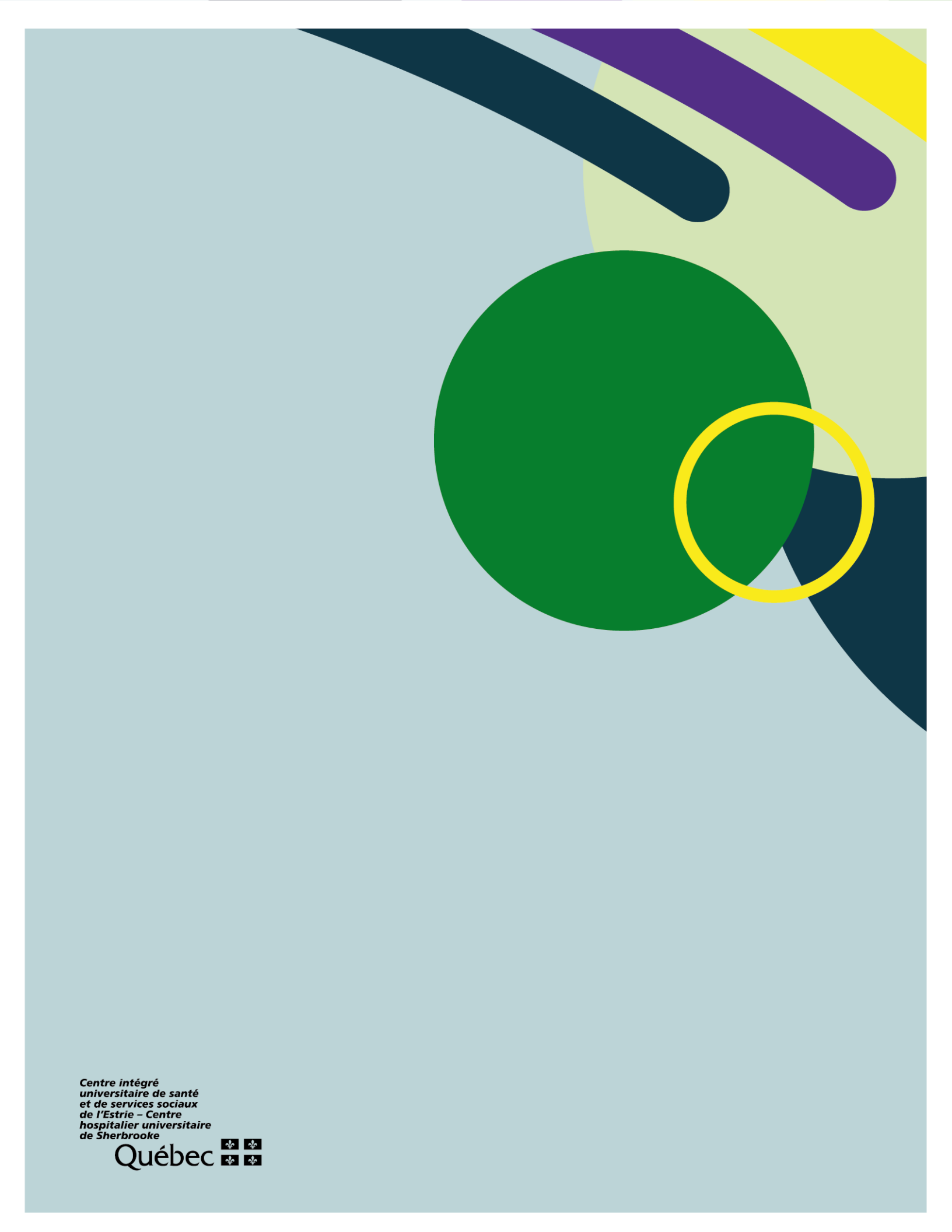
ANNEXE III. GABARIT D'UNE FICHE-INDICATEUR

Indicateur	
Description opérationnelle	
Définition des termes clés	
Justification (raison pour laquelle cet indicateur est mesuré)	
Méthode de calcul	
Données nécessaires	
Sources des données	
Sous-analyses potentielles	
Fréquence de la mesure	
Limites de l'indicateur	

Des liens hypertextes vers des banques de données ou des tutoriels de calcul peuvent être insérés directement dans la fiche. Dans certains cas, une cible à atteindre pour l'indicateur peut être ajoutée. Pour des exemples concrets de fiches indicateurs, veuillez vous référer à l'annexe C du document de la santé publique ontarienne (5) et à l'annexe 5 du document du Secrétariat du Conseil du trésor du Québec (11).

5. BIBLIOGRAPHIE

1. 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.
2. Brault A, Lavoie V, Leboeuf N, Thivierge A. Bonnes pratiques en gestion des risques de chutes en centre hospitalier et en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Sherbrooke: CIUSSS de l'Estrie - CHUS; 2025 juill.
3. Smith ML, Durrett NK, Schneider EC, Byers IN, Shubert TE, Wilson AD, et al. Examination of sustainability indicators for fall prevention strategies in three states. *Evaluation and Program Planning*. Juin 2018;68:194-201.
4. Medeiros A, Macpherson AK, Pike I, Oakey M, Richmond SA. Comparing fall prevention indicator priorities for public health and across health sectors in Ontario [Internet]. 2023 [cité 1 août 2025]. Disponible sur: <https://www.researchsquare.com/article/rs-3458860/v1>
5. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Environmental scan: prioritization of older adult fall prevention indicators. Toronto, ON: King's Printer for Ontario; 2022.
6. Oakey M, Evans DC, Copley TT, Karbakhsh M, Samarakkody D, Brubacher JR, et al. Development of Policy-Relevant Indicators for Injury Prevention in British Columbia by the Key Decision-Makers. *IJERPH*. 11 nov 2021;18(22):11837.
7. Tabak RG, Duggan K, Smith C, Aisaka K, Moreland-Russell S, Brownson RC. Assessing Capacity for Sustainability of Effective Programs and Policies in Local Health Departments. *Journal of Public Health Management and Practice*. mars 2016;22(2):129-37.
8. Schell SF, Luke DA, Schooley MW, Elliott MB, Herbers SH, Mueller NB, et al. Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implementation Sci*. déc. 2013;8(1):15.
9. Shubert TE, Goto LS, Smith ML, Jiang L, Rudman H, Ory MG. The Otago Exercise Program: Innovative Delivery Models to Maximize Sustained Outcomes for High Risk, Homebound Older Adults. *Front Public Health* [Internet]. 23 mars 2017 [cité 12 sept 2025];5. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2017.00054/full>
10. MacDonald G. Critères de sélection d'indicateurs de haute performance: liste de contrôle destinée à rendre compte du suivi et de l'évaluation [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://files.wmich.edu/s3fs-public/attachments/u3036/2019/indicators-fr-macdonald.pdf>
11. Secrétariat du Conseil du Trésor du Québec. Modernisation de la gestion publique - Guide sur les indicateurs. 2003.
12. Wang F, Tian B. The effectiveness of physical exercise type and length to prevent falls in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. Janv. 2022;31(1-2):32-42.
13. 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.

The image features an abstract graphic design in the upper right corner. It includes a large green circle, a smaller yellow circle, and several elongated, rounded rectangular shapes in dark blue, purple, and yellow. These shapes are arranged in a way that suggests a stylized human figure or a set of interconnected elements. The background is a light blue gradient.

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

Québec 