

Version de mars 2005

*Ligne directrice sur les pratiques  
exemplaires en soins infirmiers*  
*Bâtir l'avenir des soins infirmiers*

# *Prévention des **chutes** et des blessures associées chez la personne âgée*



**RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario

PROGRAMME DES LIGNES DIRECTRICES SUR LES  
PRATIQUES EXEMPLAIRES EN SOINS INFIRMIERS



## *Mot de bienvenue de Doris Grinspun*

### *Directrice générale*

#### *Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario*

C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) vous présente cette version révisée de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien. La RNAO s'est engagée à faire en sorte que les données probantes à l'appui des recommandations relatives à la ligne directrice soient les meilleures possibles. La présente Ligne directrice a été récemment revue et refondue pour tenir compte de l'état des connaissances actuelles.

Nous remercions infiniment le grand nombre d'établissements et de personnes qui permettent à la RNAO de concrétiser sa vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPESI). Le gouvernement de l'Ontario a reconnu l'expertise de la RNAO pour mener à bien ce projet et contribuera un financement s'échelonnant sur plusieurs années. Tazim Virani, directrice du projet des LDPESI, grâce à sa détermination sans borne et ses compétences, fait progresser le projet encore plus rapidement et plus intensément qu'on ne l'avait imaginé. La communauté des infirmières, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers, partage ses connaissances et son temps, ce qui est essentiel à la création, à l'évaluation et à la révision de chaque Ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en place et en évaluant la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers et en collaborant à la création d'une culture basée sur des données probantes.

C'est maintenant que se présente le véritable test de cet extraordinaire cheminement : les infirmières utiliseront-elles les lignes directrices dans leur travail quotidien?

La mise en place réussie de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers nécessite un effort conjugué de la part de quatre groupes de personnes : les infirmières elles-mêmes, d'autres collègues du secteur de la santé, les infirmières qui enseignent en milieu universitaire et au lieu de travail, de même que les employeurs. Après avoir assimilé ces lignes directrices avec leurs têtes et leurs cœurs, les infirmières, de même que les étudiants en soins infirmiers, informés et avertis, auront besoin d'un lieu de travail sain et accueillant pour les aider à mettre en pratique ces lignes directrices.

Nous vous demandons de partager cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, ainsi que d'autres lignes directrices, avec les membres de l'équipe interdisciplinaire. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous voulons nous assurer que les Ontariennes et les Ontariens reçoivent les meilleurs soins possible, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

La RNAO continuera de travailler assidûment à l'élaboration et à l'évaluation de toutes les futures lignes directrices, ainsi qu'à la tenue à jour des données probantes connexes. Nous vous souhaitons que leur mise en place soit des plus réussies!

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.inf., Ph.D. (candidate), O.Ont.  
Directrice générale  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



## *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*

Équipe du programme :

***Tazim Virani***, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph.D. (doctorante)  
Directrice de programme

***Jane M. Schouten***, inf. aut., B.Sc.Inf., M.B.A.  
Coordonnatrice de programme

***Heather McConnell***, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A. (Éd.)  
Gestionnaire de programme

***Stephanie Lappan-Gracon***, inf. aut., M.Sc.Inf.  
Coordonnatrice de programme – Réseau des champions des pratiques exemplaires

***Josephine Santos***, inf. aut., M.Sc.Inf.  
Coordonnatrice de programme

***Bonnie Russell***, BJ  
Adjointe au programme

***Carrie Scott***  
Adjointe administrative

***Julie Burris***  
Adjointe administrative

***Keith Powell***, B.A., AIT  
Site Internet

Afin de faciliter la lecture des textes, le terme « infirmière » est utilisé. Il est entendu que cette désignation n'est nullement restrictive et englobe les infirmiers.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers  
111, rue Richmond Ouest, bureau 1100  
Toronto (Ontario) M5H 2G4  
Site Web : [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)

## Membres de l'équipe de révision (2005)

**Kathleen Heslin, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.**

**Chef d'équipe**

*Chef des soins infirmiers et de la pratique professionnelle*

*West Park Healthcare Centre*

*Chargée de cours adjointe, Université de Toronto  
Toronto (Ontario)*

**Nancy Berdusco, inf. aux. aut.**

*Stoney Creek (Ontario)*

**Laurie Bernick, inf. aut., M.Sc.Inf., ACNP, CSIG(C)**

*Chargée de cours adjointe, Université York  
Toronto (Ontario)*

**Lucy Cabico, inf. aut., M.Sc., ACNP, IPF, CSIG(C)**

*Infirmière clinicienne spécialisée*

*Baycrest Centre for Geriatric Care*

*Toronto (Ontario)*

**Diane Carter, inf. aut.**

*Monitrice clinique*

*Cambridge Memorial Hospital*

*Cambridge (Ontario)*

**Sharon Mooney, inf. aut., B.A., M.A., B.Sc.Inf.**

*Éducatrice en formation professionnelle,  
sciences infirmières*

*Centre universitaire de santé McGill*

*Hôpital général de Montréal*

*Montréal (Québec)*

**Mireille Norris, B.Sc. (physio.), M.D., FRCP(C)**

*CSPQ, ABIM, M.Sc.S.*

*Interniste gériatre*

*Sunnybrook and Women's Health Sciences Centre*

*Toronto (Ontario)*

**Tim Pauley, Ph. D. (doctorant)**

*Coordonnateur de la recherche*

*West Park Healthcare Centre*

*Toronto (Ontario)*

**Jane M. Schouten, inf. aut., B.Sc.Inf., M.B.A.**

*Aide à l'implantation des programmes  
de la RNAO*

*Programme des Lignes directrices*

*sur les pratiques exemplaires*

*Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario*

*Toronto (Ontario)*

**Sandra Tully, inf. aut, B.Sc.Inf., M.A. (Éd.),  
ACNP, CSIG(C)**

*Infirmière praticienne en soins actifs*

*Gériatrie et soins des plaies*

*University Health Network*

*Toronto Western Hospital*

*Toronto (Ontario)*



Des déclarations d'intérêt et de confidentialité ont été effectuées par tous les membres de l'équipe de révision de la ligne directrice. Vous pouvez obtenir des détails supplémentaires auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

## Remerciements particuliers

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient également à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à l'analyse documentaire initiale et subséquente :

**Diane M. Legere, inf. aut., APCCN, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf. (candidate)**, pour son travail d'évaluation de la qualité de la littérature spécialisée;

**Abel Cheng, B.Sc. spéc.**, pour son travail de direction de la recherche documentaire subséquente;

**Lori Murphy, B.Sc.M., AF**, pour son travail pendant l'examen critique de la littérature spécialisée.

## Collaborateurs initiaux

### Membres du groupe d'élaboration de la ligne directrice (2000)

**Kathleen Heslin, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.**

**Chef d'équipe**

*Vice-présidente et infirmière en chef  
Grand River Hospital  
Kitchener (Ontario)*

**Nancy Berdusco, inf. aux. aut.**

*Infirmière auxiliaire responsable  
Townsvlew Life Care Centre  
Hamilton (Ontario)*

**Laurie Bernick, inf. aut., M.Sc.Inf., ACNP, CSIG(C)**

*Infirmière clinicienne spécialisée  
et infirmière praticienne  
Baycrest Centre for Geriatrics  
Toronto (Ontario)*

**Diane Carter, inf. aut.**

*Monitrice clinique  
Cambridge Memorial Hospital  
Cambridge (Ontario)*

**Nancy Edwards, inf. aut., Ph. D.**

*Professeure, École des sciences infirmières  
Directrice, Centre de recherche sur la santé communautaire  
Chaire de la FCRSS/IRSC en sciences infirmières  
Université d'Ottawa  
Ottawa (Ontario)*

**Clara Fitzgerald, B.P.H.E, B.Éd.**

*Coordonnatrice de l'enseignement  
Grand River Hospital  
Kitchener (Ontario)  
Fitzgerald Consulting  
London (Ontario)*

## Remerciements

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers et pour les commentaires précieux qu'ils ont formulés au moment de la rédaction initiale de cette ligne directrice (2000-2002) :

Faranak Aminzadeh	Associée de recherche, évaluatrice gériatrique, Programme régional d'évaluation gériatrique, Ottawa (Ontario)
The Canadian Centre for Activity and Aging	London (Ontario)
D <sup>r</sup> Jocelyn Charles	Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, Toronto (Ontario)
Council for London Seniors, London (Ontario)	
D <sup>r</sup> Richard Crilly	Professeur associé, Département de médecine gériatrique, Université Western Ontario, London (Ontario)
Mary Fox	Infirmière gestionnaire, Baycrest Centre for Geriatric Care, Toronto (Ontario)
Pam Holiday	Comité des chutes et de la mobilité, Centre for Studies in Aging, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, Toronto (Ontario)
D <sup>re</sup> Barbara Liu	Médecine gériatrique et pharmacologie clinique, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, Toronto (Ontario)
D <sup>r</sup> Alan Mills	Coordonnateur des services cliniques, Département de pharmacie, Baycrest Centre for Geriatric Care, Toronto (Ontario)
Gail Mitchell	Chef de programme des soins infirmiers, Toronto Sunnybrook Regional Cancer Centre, Toronto (Ontario)
Judy Murray	Infirmière clinicienne spécialisée, Programme régional de gériatrie, Providence Centre, Toronto (Ontario)
Sandra Vessel	York Region Health Services Department, Markham (Ontario)

## *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

La RNAO tient à souligner le leadership et le dévouement des infirmières chercheuses qui ont dirigé l'étape d'évaluation du projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Voici les membres de l'équipe d'évaluation :

Chercheuses principales :

D<sup>e</sup> Nancy Edwards, D<sup>e</sup> Barbara Davies – Université d'Ottawa

Cochercheuses :

D<sup>e</sup> Maureen Dobbins, D<sup>e</sup> Jenny Ploeg, D<sup>e</sup> Jennifer Skelly – Université McMaster  
D<sup>e</sup> Patricia Griffin – Université d'Ottawa

La RNAO désire également remercier le Valleyview Home for the Aged de St. Thomas, en Ontario, pour son rôle dans l'implantation pilote de la ligne directrice initiale.



## *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*

### **Déclin de responsabilité**

La présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires ne s'applique qu'à la pratique des soins infirmiers et n'a pas pour objectif de réaliser des économies financières. Les infirmières ne sont pas tenues d'appliquer cette ligne directrice et son utilisation doit être souple afin de l'adapter aux désirs du client et de sa famille et aux situations particulières. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni la RNAO ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans cette ligne directrice, ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document. Toute référence, tout au long du document, à des produits pharmaceutiques spécifiques n'est mentionnée qu'en tant qu'exemple et ne signifie aucunement que nous endossons l'un de ces produits.

### **Droit d'auteur**

La RNAO, Toronto (Canada) avait initialement publié la présente ligne directrice en janvier 2002; elle l'a révisée en mars 2005.

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la reproduction est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales sans nécessiter le consentement ou la permission de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, à condition qu'une citation ou qu'une référence apparaisse dans le document, inscrite tel indiqué ci-dessous :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2005). *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée* (version révisée). Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.



## Comment utiliser ce document

**Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers** consiste en un document détaillé comportant les ressources nécessaires au soutien de la pratique des soins infirmiers basée sur des données probantes. Ce document doit être révisé et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou des environnement de pratique, ainsi que des besoins et des désirs du client. Les lignes directrices ne doivent pas être appliquées comme un « livre de recettes », mais plutôt être utilisées en tant qu'outil pour aider à la prise de décisions sur les soins individualisés offerts au client, ainsi que pour s'assurer que les structures et les soutiens adéquats sont en place pour prodiguer les meilleurs soins possible.

Les infirmières, les autres professionnels de la santé, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de politiques, de procédures, de protocoles, de programmes de formation, d'outils d'évaluation et de documentation, etc. On recommande d'utiliser les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme un outil de référence. Il n'est pas nécessaire, ni même utile, de remettre un exemplaire complet des lignes directrices à chaque infirmière. Les infirmières soignantes pourront bénéficier d'un survol des recommandations, des données probantes qui appuient ces recommandations et du processus qui a été utilisé pour élaborer les lignes directrices. Toutefois, dans les établissements où les soins sont prodigués, il est fortement recommandé d'adapter les lignes directrices aux pratiques infirmières en usage de façon à les présenter dans des formats qui seront faciles à utiliser dans le cadre du travail quotidien. Cette ligne directrice propose certains formats permettant de telles adaptations et personnalisations locales.

Les établissements qui désirent utiliser cette ligne directrice peuvent décider de le faire de plusieurs façons :

- Évaluer les pratiques actuelles en matière de soins de santé et de soins infirmiers grâce aux recommandations présentées dans la ligne directrice.
- Cibler les recommandations qui permettront d'identifier les besoins reconnus ou de combler les écarts dans les services offerts.
- Élaborer systématiquement un plan visant à implanter les recommandations grâce à l'utilisation d'outils et de ressources connexes.

La RNAO désire connaître la façon dont vous avez implémenté cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour partager votre expérience. Des ressources seront mises à la disposition des utilisateurs par l'entremise du site Internet afin d'aider les personnes et les établissements à implanter les lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

## Table des matières

Sommaire des recommandations .....	9
Interprétation des données probantes .....	12
Responsabilité quant à l'élaboration de la Ligne directrice .....	14
But et objectifs .....	14
Processus d'élaboration de la ligne directrice – 2000 .....	15
Processus de révision – 2005 .....	16
Définitions des termes .....	20
Contexte .....	22
Recommandations relatives à la pratique .....	24
Recommandations relatives à la formation .....	33
Recommandations relatives à l'établissement et aux politiques .....	34
Lacunes de la recherche et implications pour l'avenir .....	38
Évaluation et suivi de la ligne directrice .....	40
Stratégies d'implantation .....	44
Processus de mise à jour et de révision de la ligne directrice .....	46
Références .....	47
Bibliographie .....	51
Annexe A : Méthode de recherche des données probantes existantes .....	56
Annexe B : Formulaire de sélection des études .....	60
Annexe C : Outils d'évaluation des risques .....	61
Annexe D : Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades .....	62
Annexe E : Ressources et sites Internet utiles .....	63
Annexe F : Description de la Trousse .....	64

## Sommaire des recommandations

### Principes généraux :

1. La perspective du client, ses désirs et ses besoins sont au centre de la mise en application de la présente ligne directrice.
2. Le choix des interventions est basé sur le principe fondamental du maintien de la meilleure qualité de vie possible et de l'implantation d'un environnement et de pratiques sécuritaires. La prise de risques, l'autonomie et l'autodétermination sont soutenues, respectées et considérées dans le plan d'intervention.
3. Le processus d'évaluation et d'intervention est abordé conjointement par la personne âgée, ses proches et les membres de l'équipe soignante, dans une optique de collaboration.

	RECOMMANDATION	* NIVEAU DE LA PREUVE	+ NOTE ATTRIBUÉE À LA RECOMMANDATION
<b>Recommandations relatives à la pratique</b>			
<i>Évaluation</i>	<p>1.0 Évaluer le risque de chute à l'admission.</p> <p>1.1 Évaluer le risque de chute après une chute.</p>	<p>lb</p> <p>lb</p>	<p>B</p> <p>B</p>
<i>Interventions : Tai-chi</i>	<p>2.0 Pour prévenir les chutes chez la personne âgée, on recommande le tai-chi aux clients dont la durée de séjour est supérieur à quatre mois et à ceux qui n'ont pas d'antécédents de fracture causée par une chute. Les données probantes dont on dispose sont insuffisantes pour recommander le tai-chi dans la prévention des chutes chez les clients dont la durée de séjour est inférieur à quatre mois.</p>	lb	B
<i>Exercice</i>	<p>2.1 Les infirmières peuvent avoir recours à l'entraînement de la force musculaire dans le cadre d'interventions multifactorielles en matière de chute; cependant, les données probantes dont on dispose ne sont pas suffisantes pour recommander ce type d'entraînement comme intervention indépendante.</p>	lb	I
<i>Intervention multifactorielle</i>	<p>2.2 Les infirmières membres de l'équipe interdisciplinaire implantent des interventions multifactorielles en matière de prévention des chutes afin de prévenir d'autres chutes.</p>	la	B
<i>Médication</i>	<p>2.3 Les infirmières, en consultation avec l'équipe soignante, effectuent une révision périodique de la médication dans le but de prévenir les chutes chez la personne âgée en établissement de santé. Les clients qui prennent des benzodiazépines, des antidépresseurs tricycliques, des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine, de la trazodone ou plus de cinq médicaments doivent être identifiés comme présentant un risque élevé. Il y a des données probantes acceptables indiquant que la révision de la médication doit être effectuée périodiquement, pendant le séjour en établissement.</p>	llb	B

## Sommaire des recommandations

	RECOMMANDATION	* NIVEAU DE LA PREUVE	+ NOTE ATTRIBUÉE À LA RECOMMANDATION
<i>Protecteurs de hanche</i>	<b>2.4</b> Les infirmières devraient envisager l'utilisation de protecteurs de hanche pour réduire le nombre de fractures de la hanche chez les clients dont on considère qu'ils présentent un risque élevé de fracture associée à une chute. Toutefois, aucune donnée probante ne vient appuyer l'utilisation universelle de protecteurs de hanche chez la personne âgée en établissement de santé.	Ib	B
<i>Vitamine D</i>	<b>2.5</b> Les infirmières renseignent les clients sur les bienfaits d'un apport supplémentaire en vitamine D afin de réduire le risque de chute. En outre, les renseignements sur la nutrition, les habitudes de vie et les options de traitement pour la prévention de l'ostéoporose sont pertinents afin de réduire le risque de fracture.	IV	
<i>Sensibilisation des clients</i>	<b>2.6</b> Tous les clients dont on a évalué qu'ils présentent un risque élevé de chute sont informés de leurs risques respectifs.	IV	
<i>Environnement</i>	<b>3.0</b> Les infirmières intègrent les modifications de l'environnement en tant qu'une composante de leurs stratégies de prévention des chutes.	Ib	
<b>Recommandations relatives à la formation</b>			
<i>Formation en soins infirmiers</i>	<b>4.0</b> L'enseignement sur la prévention des chutes et des blessures associées doit faire partie du curriculum de soins infirmiers et de la formation continue. Une attention particulière doit être accordée aux éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ promotion de la mobilité dans des conditions sécuritaires</li> <li>■ évaluation du risque</li> <li>■ stratégies interdisciplinaires</li> <li>■ gestion du risque incluant le suivi après une chute</li> <li>■ alternatives à la contention et à d'autres dispositifs contraignants</li> </ul>	I	
<b>Recommandations relatives à l'établissement et aux politiques</b>			
<i>Approche la moins contraignante</i>	<b>5.0</b> Les infirmières ne doivent pas se servir des ridelles de lit pour prévenir les chutes ou les chutes récurrentes chez les clients hospitalisés; toutefois, il se peut que d'autres facteurs liés aux clients influencent la prise de décision concernant l'utilisation des ridelles de lit.	III	I
	<b>6.0</b> Les établissements rédigent une politique sur l'approche la moins contraignante. Cette politique tient compte des contentions physique et chimique.	IV	

## Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

	RECOMMANDATION	* NIVEAU DE LA PREUVE	+ NOTE ATTRIBUÉE À LA RECOMMANDATION
Soutien de l'établissement	<p><b>7.0</b> Les établissements créent un environnement de soutien des interventions en matière de prévention des chutes qui comprend les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ des programmes de prévention des chutes</li> <li>■ la formation du personnel</li> <li>■ la consultation clinique pour l'évaluation du risque et les interventions</li> <li>■ la participation d'équipes interdisciplinaires dans la gestion de cas</li> <li>■ l'accès à des fournitures et à du matériel tels que des appareils de transfert, des lits que l'on peut élever et abaisser, ainsi que des dispositifs d'alerte au lit.</li> </ul>	IV	
Révision de la médication	<p><b>8.0</b> Implanter des processus pour gérer efficacement la polymédication et les médicaments psychotropes, y compris des révisions régulières de la médication et une analyse des alternatives aux médicaments psychotropes pour la sédation.</p>	IV	
Trousse sur la marche à suivre de la RNAO	<p><b>9.0</b> Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers ne peuvent être implantées avec succès qu'en présence d'une planification adéquate, de ressources, d'un soutien organisationnel et administratif, ainsi que d'un suivi approprié. Les organisations peuvent décider d'élaborer un plan pour l'implantation qui comprend les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une évaluation du niveau de préparation de l'organisation et des obstacles à la formation.</li> <li>■ Une implication de tous les membres (que ce soit dans des fonctions de soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus d'implantation.</li> <li>■ L'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse un soutien nécessaire au processus de formation et d'implantation.</li> <li>■ Des occasions continues de discussion et de formation afin de renforcer les pratiques exemplaires.</li> <li>■ Des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'organisation dans le processus d'implantation des lignes directrices.</li> </ul> <p>À cet égard, la RNAO (par l'entremise d'un groupe d'étude composé d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la <i>Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique</i>, qui est basée sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. Il est conseillé d'utiliser la Trousse comme guide pour l'implantation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée <i>Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée</i>.</p>	IV	

## Interprétation des données probantes

### Niveau de la preuve

Cette ligne directrice de la RNAO est basée sur des données probantes scientifiques relatives à la prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée en établissement de santé. C'est dans ce but que l'on a effectué une revue des études pertinentes. Lorsqu'elles existaient, les études caractérisées par une bonne qualité méthodologique et conceptuelle, telles que les revues systématiques, les méta-analyses et les essais contrôlés randomisés, constituaient le critère d'inclusion à la présente ligne directrice. Lorsqu'il était très peu probable que l'on trouve des études de très grande qualité en raison de la nature de l'intervention, comme le dépistage des risques, d'autres niveaux de preuve étaient pris en considération, notamment des études de cohortes et des études cas-témoin. Les définitions des niveaux de preuve et le système d'attribution des points utilisé dans le présent document font partie de la taxonomie de la notation des preuves. Sur la base du système de classification présenté au tableau 1, un niveau de preuve a été associé à chaque étude de la revue de la littérature qui appuie cette ligne directrice.

Tableau 1 : Niveaux de preuve

<b>Ia</b>	Données probantes découlant d'une méta-analyse ou d'une revue systématique d'essais contrôlés randomisés contrôlés
<b>Ib</b>	Données probantes découlant d'au moins un essai contrôlé randomisé contrôlé
<b>IIa</b>	Données probantes découlant d'au moins un essai contrôlé bien mené non randomisé
<b>IIb</b>	Données probantes découlant d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale bien menée
<b>III</b>	Données probantes découlant d'études descriptives non expérimentales bien menées, telles que des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas.
<b>IV</b>	Données probantes tirées de rapports de comités d'experts ou d'opinions et d'expériences cliniques reconnues.

## Notes attribuées aux recommandations

Outre les niveaux de preuve, des notes ont été également associées aux recommandations qui découlent de l'analyse des études. La note attribuée à chaque recommandation témoigne de la force de la preuve, ainsi que de l'effet de l'intervention. Par exemple, dans les cas où un grand volume d'études de qualité, sur le plan méthodologique et conceptuel, suggère l'efficacité d'une intervention thérapeutique donnée, il est fort possible que la note « A » soit attribuée à la recommandation qui en découlera, ce qui signifie qu'il y a de bonnes raisons d'inclure l'intervention. Le système adopté est celui du Canadian Task Force on Preventive Health Care (1997) pour la classification des notes des recommandations (consulter le tableau 2).

Tableau 2 : Notes attribuées aux recommandations

<b>A</b>	Il y a de <b>bonnes</b> raisons de recommander la mesure préventive clinique.
<b>B</b>	Il y a des raisons <b>acceptables</b> de recommander la mesure préventive clinique.
<b>C</b>	Les raisons actuelles sont <b>contradictoire</b> s et ne permettent pas de se prononcer pour ou contre la mesure préventive clinique; d'autres facteurs pourraient toutefois influencer le processus de décisions.
<b>D</b>	Il y a des raisons <b>acceptables</b> de se prononcer contre la mesure préventive clinique.
<b>E</b>	Il y a de <b>bonnes</b> raisons de se prononcer contre la mesure préventive clinique.
<b>I</b>	Les raisons sont <b>insuffisantes</b> (en nombre ou en qualité) pour faire une recommandation; d'autres facteurs pourraient toutefois influencer la prise de décisions.

Référence : Canadian Task Force on Preventive Health Care (1997). *Quick tables by strength of evidence*. Disponible : <http://www.ctfphc.org>

## Responsabilité quant à l'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), grâce au financement accordé par le gouvernement de l'Ontario, a entrepris un projet s'échelonnant sur plusieurs années visant l'élaboration, l'implantation à l'essai, l'évaluation et la diffusion des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. La *prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée* est l'un des domaines d'intérêt particulier. La version initiale de cette ligne directrice a été rédigée et révisée par un comité formé d'infirmières et d'autres experts réunis par la RNAO qui a mené ses travaux de façon indépendante, sans influence de la part du gouvernement de l'Ontario.

### But et objectifs

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPEI) sont des énoncés élaborés de façon systématique destinés à aider les praticiens et les clients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés (Field et Lohr, 1990).

Le but de la présente ligne directrice est d'accroître la confiance, les connaissances, les compétences et les habilités des infirmières dans l'identification des adultes à risque de chute dans les établissements de santé et de déterminer les interventions pour la prévention des chutes. Ce document ne traite pas d'interventions concernant la prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée vivant en environnement communautaire. La ligne directrice a un rapport direct avec des domaines de pratique clinique, notamment avec les soins de courte durée et les soins de longue durée. Elle aidera les infirmières à baser leurs décisions cliniques sur les meilleures données probantes issues de la recherche et à promouvoir une utilisation responsable des ressources en matière de soins de santé. Plus précisément, la ligne directrice intitulée *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*, aidera les infirmières à :

- Identifier les facteurs de risque de chute
- Diminuer l'incidence des chutes
- Diminuer l'incidence des blessures associées à la chute

Cette ligne directrice s'articule selon les axes suivants : *recommandations relatives à la pratique* – afin d'aider les praticiens et les clients dans leur prise de décisions; *recommandations relatives à la formation* – à l'appui des compétences recherchées chez les infirmières; *recommandations relatives aux établissements et aux politiques* – qui traitent de l'importance d'un environnement de pratique positif comme facteur favorable à la prestation de soins de santé de très haute qualité intégrant l'évaluation continue de l'implantation de la ligne directrice.

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers renferme des recommandations à l'intention des infirmières autorisées (inf. aut.) et des infirmières auxiliaires autorisées (inf. aux. aut.). Il est reconnu que l'efficacité des soins au client dépend d'une approche interdisciplinaire coordonnée qui



intègre une communication permanente entre les professionnels de la santé et les patients ou clients, tout en tenant compte des préférences personnelles et des besoins uniques de chaque client. Les infirmières ne sont pas tenues d'appliquer les recommandations et leur utilisation doit s'adapter aux désirs du client et de sa famille et aux circonstances locales. L'objectif de la présente ligne directrice est de déterminer les pratiques exemplaires en soins infirmiers dans le domaine des chutes et de la prévention des chutes. Il est reconnu que la compétence individuelle varie d'une infirmière à l'autre et dans toutes les catégories de professionnels des soins infirmiers (inf. aux. aut. et inf. aut.) et qu'elle s'appuie sur des connaissances, des habiletés, des attitudes et un jugement que viennent enrichir, au fil du temps, l'expérience et la formation.

## ***Processus d'élaboration de la ligne directrice – 2000***

**Un groupe d'infirmières possédant une expertise en prévention des chutes**, en formation et en recherche, issues de divers environnements académiques et de soins de santé, s'est réuni sous l'égide de la RNAO. Le groupe a eu pour première tâche de passer en revue les lignes directrices sur la pratique clinique actuelles pour améliorer sa compréhension de la prévention des chutes chez la personne âgée, ainsi que pour en arriver à un consensus sur le but de la ligne directrice.

En procédant à une revue systématique de la littérature, le groupe a identifié trois lignes directrices qui traitent de la prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée. Il a passé en revue ces trois lignes directrices en s'appuyant sur un ensemble de critères d'inclusion, puis a éliminé l'une d'entre elles. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- La ligne directrice était rédigée en anglais.
- La date indiquée sur la ligne directrice était plus récente que 1996.
- La ligne directrice traitait uniquement du sujet en question.
- La ligne directrice était basée sur des données probantes.
- La ligne directrice était accessible et il était possible de la récupérer.

Deux lignes directrices répondaient à ces critères et ont été évaluées au moyen de l'*Appraisal Instrument for Canadian Clinical Practice Guidelines*, un outil adapté de l'ouvrage de Cluzeau, Littlejohns, Grimshaw, Feder et Moran (1997). De cette démarche d'évaluation, on a jugé que les deux documents suivants étaient des lignes directrices pertinentes pour l'élaboration des recommandations initiales de la ligne directrice :

- American Medical Directors Association (AMDA) (1998). *Falls and fall risk : Clinical practice guidelines* : Auteur.
- Ledford, L. (1996). « Prevention of falls research-based protocol. » Tiré de M. G. Titler (éditeur de la série), *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults*, Iowa City, IA : The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

## *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*

Une critique des études et de la littérature pertinente a été effectuée et grâce un processus de consensus, des recommandations ont été rédigées. Des intervenants ont examiné la version initiale de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée* de la RNAO et y ont intégré des commentaires.

Après une phase s'implantation pilote de sept mois dans des environnements de pratique choisis en Ontario, la ligne directrice a été publiée. Les lieux de pratique où sont implantées les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO sont déterminés au moyen d'un processus de « demande de propositions ».

## *Processus de révision – 2005*

**L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO)** s'est engagée à ce que cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers soit fondée sur les meilleures données probantes existantes. Pour ce faire, elle a élaboré un processus de suivi et de révision pour chaque ligne directrice publiée.

Les « renseignements actuels » ont été examinés à intervalles trimestriels depuis la publication initiale de la ligne directrice *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*. Le personnel chargé de la rédaction de la ligne directrice a examiné des résumés sur la prévention des chutes et des blessures associées publiés dans les bases de données clés. Il s'est attardé sur des résumés de revues systématiques, sur des essais contrôlés randomisés et sur des lignes directrices sur la pratique clinique publiées récemment. Par cet examen, il désirait trouver les données probantes qui auraient des répercussions sur les recommandations, soit en appuyant les recommandations déjà publiées, soit en indiquant qu'une recommandation n'était plus pertinente. Dans ce dernier cas, un appel à l'action serait lancé ou une révision complète serait réalisée avant l'échéance de trois ans. On n'a trouvé aucune donnée probante de cette nature pendant la période de suivi continu et on a donc procédé à la révision de cette ligne directrice tel que prévu à l'origine.

En septembre 2004, la RNAO a réuni un groupe d'infirmières et de professionnels de la santé, issus de divers milieux académiques et de pratique, possédant une expertise et un intérêt sur les chutes et les blessures associées chez la population âgée et intéressés par le sujet. Elle a invité ce groupe à participer, en tant que comité d'examen, à la révision de la ligne directrice *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*, publiée à l'origine en janvier 2002. Ce comité était formé de membres du groupe d'élaboration initial, ainsi que d'autres spécialistes recommandés.

Les membres du comité ont été invités à réviser la ligne directrice en se concentrant sur le caractère actuel des recommandations et des données probantes, tout en respectant la portée initiale du document. Voici une description des travaux effectués :

### Planification préliminaire

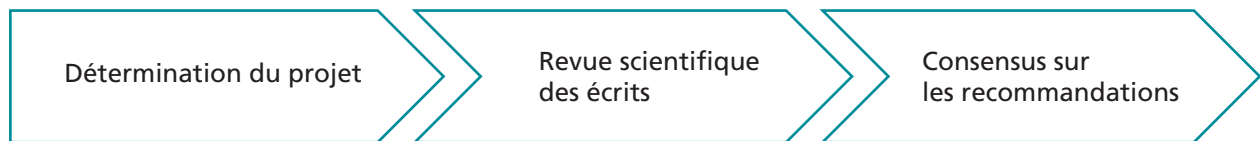
Au cours de la phase de planification initiale de la révision de la ligne directrice, on a dressé une liste de questions d'ordre clinique et de critères de recherche fondés sur les recommandations *initiales* en consultation avec le chef de l'équipe de révision. Une recherche subséquente menée par un bibliothécaire en sciences de la santé a permis d'obtenir de nombreux résumés. Un adjoint à la recherche affecté au projet, titulaire d'une maîtrise, a ensuite passé en revue ces résumés, afin de sélectionner les articles qui traitaient des questions d'ordre clinique et des recommandations initiales. Il a passé en revue les articles sélectionnés et a fait le résumé des études associées en respectant les critères suivants :

- Type d'étude
- Échantillon (nombre de sujets/de caractéristiques)
- Intervention utilisée dans le cadre de l'étude
- Mesures utilisées dans le cadre de l'étude
- Résultats
- Limites

Ce résumé a été remis aux membres de l'équipe.

### Méthodologie préconisée par l'équipe

Le graphique suivant illustre la démarche préconisée pour l'élaboration de la révision de la ligne directrice de la RNAO intitulée *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*.



#### *Détermination du projet*

En septembre 2004, des représentants de l'équipe de révision se sont rencontrés pour discuter du processus de la révision. Cette discussion avait pour objet de revoir la ligne directrice initiale, tout en prenant en compte les exigences de la révision. Le sommaire distribué au cours de la phase de planification préliminaire a donné lieu à une discussion sur la pertinence du contenu de la ligne directrice de 2002 et sur la nécessité d'adopter une méthodologie comportant un nouvel ensemble de questions d'ordre clinique, ainsi que de concentrer davantage la recherche de littérature spécifique. L'équipe a également passé en revue les méthodes d'attribution de notes aux données probantes et les méthodes d'élaboration des recommandations. Elle a analysé plusieurs interventions pertinentes qui devraient faire l'objet d'investigations dans le cadre de la recherche subséquente d'études et de la révision scientifique des écrits.

#### *Revue scientifique des écrits*

C'est en octobre 2004 que le groupe d'élaboration a entrepris une recherche de littérature (*Annexe A*) pour trouver des données probantes sur les chutes et les blessures causées par les chutes chez la personne âgée traitée en établissement de santé. Le groupe a effectué une recherche d'études publiée de 1999 à 2004 au moyen de la base de données en ligne PubMed. Les paramètres de recherche étaient les suivants : âgé de 65 ans et plus, chutes ou chutes accidentelles et ne résidant pas en environnement communautaire. Dans

## *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*

le cas des recommandations d'ordre clinique, on a limité le type de publication aux revues systématiques, aux méta-analyses, aux essais contrôlés randomisés ou aux essais cliniques contrôlés. Lorsqu'il n'existait aucune donnée probante de meilleure qualité, on tenait compte d'études moins rigoureuses sur le plan méthodologique telles que les études de cohortes.

La recherche a permis de trouver 294 articles. De ce nombre, 200 articles ont été exclus parce qu'ils ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion relatifs à l'âge (plus de 65 ans) et au lieu (patient recevant des soins en environnement hospitalier). Lorsqu'il était impossible de déterminer la pertinence à partir des renseignements contenus dans le résumé, l'article était récupéré et passé en revue dans son intégralité. Deux lecteurs autonomes (l'un d'eux était membre de l'équipe de révision, l'autre était un clinicien affecté à l'analyse des écrits scientifiques) ont évalué les 94 documents sélectionnés pour subir un examen complet. Les lecteurs utilisaient un formulaire de sélection des études (*Annexe B*) pour s'assurer de l'application uniforme des critères d'inclusion et d'exclusion. Par la suite, en se servant de l'outil de Jadad, ils ont évalué l'ensemble des essais contrôlés randomisés afin d'y déceler les biais éventuels (Jadad, & al. 1996).

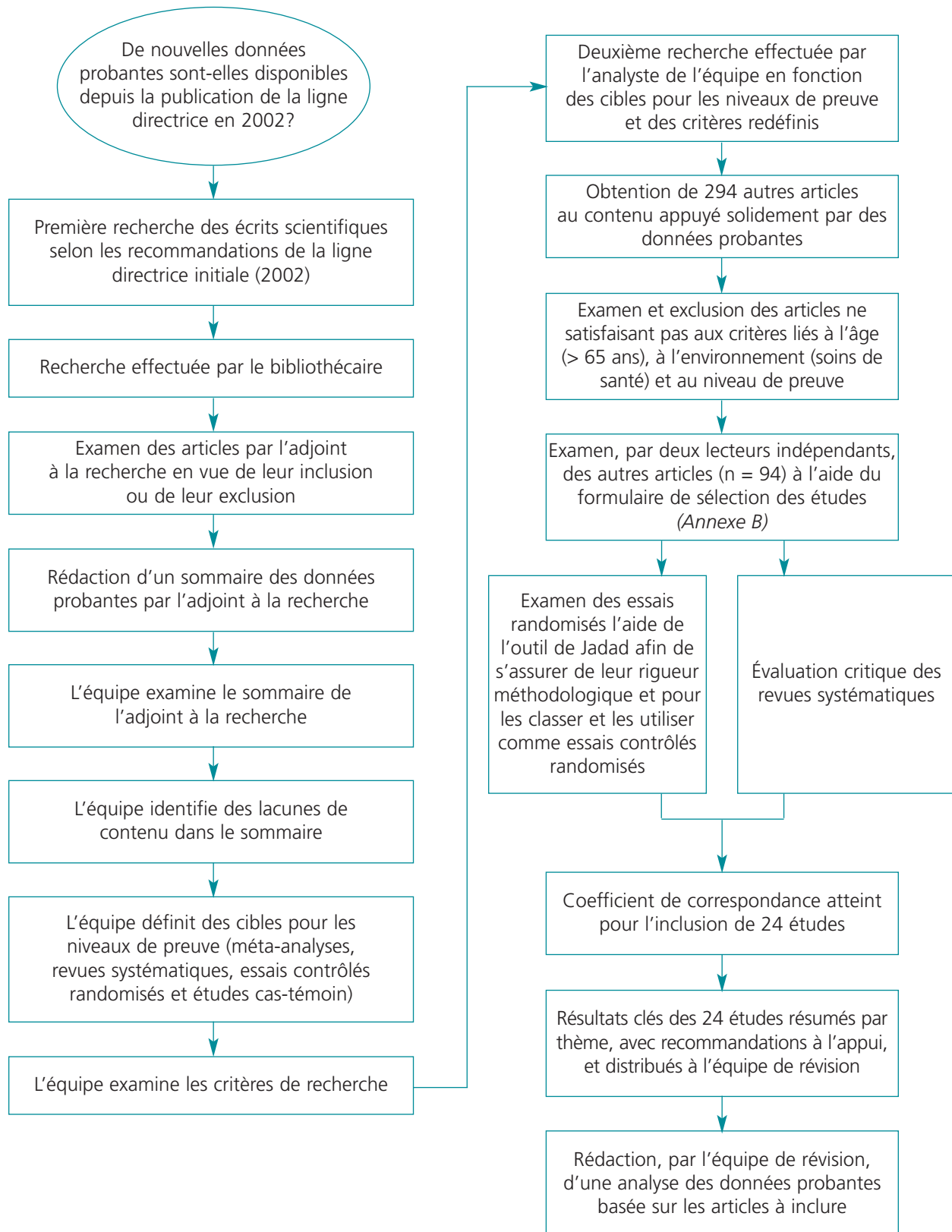
Au terme de l'évaluation, l'équipe de travail s'est réunie pour discuter de l'adéquation de chaque étude aux fins de son inclusion dans l'analyse des écrits scientifiques. En cas de divergence, les lecteurs analysaient la nature du désaccord et en arrivaient à un consensus sur l'inclusion ou l'exclusion. Dans tous les cas, les lecteurs sont parvenus à s'entendre. En outre, les deux lecteurs ont également comparé les scores Jadad et observé une démarche similaire dans les cas de divergence. L'analyse comportait vingt-quatre documents.

L'équipe de révision a ensuite effectué une évaluation critique de tous les articles choisis aux fins de leur inclusion dans l'analyse des écrits scientifiques. Entre autres résultats des activités de l'équipe, citons les résumés des articles sélectionnés aux fins de l'analyse des écrits scientifiques, ainsi qu'un ensemble de recommandations basées sur des données probantes qui allaient servir de fondement à la nouvelle version révisée de la ligne directrice.

### *Consensus sur les recommandations*

À l'étape finale de cette démarche, l'équipe de révision s'est réunie à nouveau pour analyser et examiner les écrits scientifiques. L'équipe a révisé ou éliminé des recommandations antérieures et élaboré de nouvelles recommandations rédigées selon les nouvelles données probantes. Cette démarche est résumée dans son intégralité à la figure 1.

Figure 1 : Schéma de la méthodologie utilisée pour la révision



## Définition des termes

**Chute :** Incident qui a pour résultat qu'une personne tombe par mégarde sur le sol, le plancher ou une surface se trouvant à un niveau inférieur.

**Consensus :** Processus permettant de prendre des décisions politiques; il ne s'agit pas d'une méthode scientifique permettant de créer de nouvelles connaissances. Au mieux, le développement d'un consensus amène tout simplement un meilleur usage des informations disponibles, qu'il s'agisse de données scientifiques ou du savoir collectif des participants (Black & al., 1999).

**Établissement :** Établissements de santé où l'on prodigue notamment des soins actifs, des soins subaiguës, des soins de longue durée, des soins continus complexes, des soins de réadaptation et des soins en établissement.

**Revue systématique :** Application d'une méthode scientifique rigoureuse de la préparation à la révision d'un article (National Health and Medical Research Council, 1998). Les revues systématiques permettent de définir les endroits où les effets des soins de santé sont uniformes. Les résultats de recherche peuvent être appliqués à l'ensemble des clientèles, des environnements et des différences sur le plan du traitement (p. ex. : la dose). Ces études permettent également de définir les situations où les effets peuvent varier considérablement. L'utilisation de méthodes explicites de revue systématique limite les biais (erreurs systématiques) et réduit les effets du hasard, fournissant ainsi des résultats plus fiables à partir desquels il est possible de tirer des conclusions et de prendre des décisions (Alderson, Green & Higgins, 2004).

**Famille :** Toute personne définie par une autre personne comme un membre de sa famille. Les membres d'une famille peuvent inclure les parents, les enfants, les frères ou les sœurs, les voisins et les personnes significatives dans la communauté.

**Personne ou groupe d'influence :** Personne, groupe ou établissement qui porte un intérêt particulier aux décisions et aux actions des établissements qui pourraient tenter d'influencer les décisions et les actions (Baker & al., 199). Les personnes ou groupes d'influence peuvent être des personnes ou des groupes qui seront directement ou indirectement touchés par un changement ou une solution à un problème.

**Lignes directrices sur la pratique clinique ou lignes directrices sur les pratiques exemplaires :** Énoncés élaborés systématiquement pour aider les praticiens et les clients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés dans des situations cliniques (de pratique) spécifiques (Field & Lohr, 1990, p. 8). Les lignes directrices sur la pratique clinique ou lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont élaborées à partir des meilleurs résultats de recherche disponibles et lorsqu'il existe des lacunes sur le plan de la recherche, on procède par consensus.

**Mesures de contrôle :** Le fait de contrôler une personne avec un recours minimal à la force, à des moyens mécaniques ou à des substances chimiques qui sont raisonnables compte tenu de l'état physique et mental de la personne (Assemblée législative de l'Ontario, 2001).

**Méta-analyse :** Utilisation de méthodes statistiques pour compiler les résultats d'études différentes, ce qui permet d'estimer davantage les effets des soins de santé que si les études étaient considérées séparément dans une analyse (Aderson, Green & Higgins, 2004).

**Niveaux de preuve :** Les niveaux de preuve sont des indicateurs de la force des données probantes scientifiques sur lesquelles une recommandation est basée. Le niveau de preuve accordé aux publications scientifiques de très grande qualité, telles que les études contrôlées randomisées, est généralement plus élevé que celui attribué aux études qui font appel à différentes méthodologies, telles que les études cas-témoin.

**Notes attribuées aux recommandations :** Notes associées à chacune des recommandations et indiquant le niveau de preuve sur laquelle une recommandation est basée, ainsi que l'effet de l'intervention. Par exemple, les recommandations basées sur de fortes données probantes scientifiques peuvent se voir attribuer une « bonne » note, tandis que celles basées sur des données probantes plus faibles peuvent se voir attribuer une note « passable ». De plus, on recommanderait selon toute probabilité que soit incluse dans le traitement des patients telle ou telle intervention dont l'efficacité est appuyée par des données probantes, tandis que des données probantes indiquant qu'une intervention est inférieure à une alternative pourraient laisser supposer que l'intervention sera exclue des programmes de soins aux patients.

**Personne âgée :** Personne de 65 ans et plus.

**Rapport de cotes :** Façon de comparer si la probabilité de telle ou telle manifestation est la même pour deux groupes. Un rapport de cotes égal à un signifie que la probabilité qu'une manifestation se produise est la même pour les deux groupes. Un rapport de cotes supérieur à un signifie que la probabilité qu'une manifestation se produise est plus grande dans le premier groupe. Un rapport de cotes inférieur à un signifie que la probabilité qu'une manifestation se produise est moins grande dans le premier groupe (Johnston, 2005).

**Recommandations relatives à l'établissement et aux politiques :** Énoncés des conditions que doit réunir un environnement de pratique afin de permettre le succès de l'implantation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Les conditions de réussite relèvent largement de l'établissement, bien qu'elles puissent également avoir une incidence sur la politique à un niveau plus étendu, au sein du gouvernement ou de la société.

**Recommandations relatives à la formation :** Énoncés d'exigences éducatives et d'approches ou de stratégies éducatives pour l'introduction, l'implantation ou le maintien à long terme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

**Recommandations relatives à la pratique :** Énoncés sur les pratiques exemplaires qui traitent de la pratique des professionnels de la santé et qui sont basées sur des données probantes.

**Risque élevé :** la présence de un ou plusieurs facteurs de risque de chute, tel qu'ils sont énoncés la section consacrée à l'évaluation de la présente ligne directrice.

**Risque relatif :** Mesure dans laquelle un facteur de risque particulier (p. ex. : une chute précédente) influence le risque d'obtenir un résultat particulier (p. ex. : une chute). Par exemple, un risque relatif égal à deux jumelé à un facteur de risque signifie que les personnes qui présentent ce facteur de risque sont deux fois plus à risque d'obtenir un résultat particulier comparativement à celles qui ne le présentent pas. Un risque relatif égal à 0,5 signifie que les personnes qui présentent ce facteur de risque sont 0,5 fois moins à risque d'obtenir le résultat particulier (un effet de protection) comparativement à celles qui ne le présentent pas (Johnston, 2005).

**Soins interdisciplinaires :** Processus par lequel des professionnels de la santé représentant l'expertise de diverses disciplines de soins de santé collaborent à l'évaluation, à l'évaluation diagnostique, à la planification des soins, aux conférences sur les soins et au traitement des clients (Jensen & al., 2003 & Vassalo & al., 2004b).

**Soutien informel :** Soutien et ressources fournis par des personnes ayant des liens avec la personne qui reçoit des soins. Les personnes qui fournissent un soutien informel peuvent inclure : la famille, les amis, les membres d'une communauté spirituelle, les voisins, etc.

## *Contexte*

### **Statistiques sur les chutes au Canada**

Selon l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS, 2000), les chutes sont la cause principale des admissions en raison de blessures dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée, constituant 54,4 % de toutes les hospitalisations pour cause de blessures et 75,7 % de tous les décès survenus à l'hôpital parmi les clients blessés admis. Au Canada, on a admis 197 002 personnes à l'hôpital à la suite de blessures; 54,4 % de ces admissions étaient attribuables aux chutes et 15,1 % à des collisions impliquant des véhicules. Chez les personnes de 65 ans et plus, les chutes étaient responsables de 84,8 % des toutes les admissions en raison de blessures. Le rapport (ICIS, 2000) indique également que l'âge moyen des personnes admises en raison de blessures est passé de 47 ans en 1995-1996 à 50 ans en 1999-2000. En 1999-2000, 6 663 clients admis en raison de blessures sont décédés à l'hôpital et 75,7 % de ces décès étaient attribuables à une chute.



## *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

Les chutes sont également la deuxième cause principale de traumatismes crâniens médullaires (35 % et 37 %, respectivement) (ICIS, 2004). La plupart des hospitalisations liées aux traumatismes crâniens étaient attribuables aux chutes faites sur une marche ou dans un escalier (25 %), aux glissades, aux faux pas et aux trébuchements (17 %), ainsi qu'aux chutes d'un niveau à l'autre (11 %). Dans les cas d'hospitalisation en raison d'un traumatisme médullaire, les chutes étaient la cause principale de blessures chez les femmes (42 %). Jusqu'à 50 % des patients âgés qui vivent en centre d'hébergement tombent chaque année (Kiely & al., 1998; Luukinen & al., 1995; Rubenstein, Josephson & Osterweil, 1996), et il se produit environ 1,5 chute par année-lit de centre d'hébergement. Environ 40 % des personnes âgées hospitalisées après une chute ont subi une fracture de la hanche et environ 7 % de ces fractures entraînent le décès (SMARTRISK, 2004a).

En plus de la douleur et la souffrance des patients et de leur famille, les blessures liées aux chutes entraînent un fardeau économique important sur la société (ICIS, 2002). On estime à un milliard de dollars annuellement les coûts directs des soins de santé liés aux chutes chez la personne âgée (SMARTRISK, 2004b). L'on prévoit que le nombre de personnes âgées atteindra 5 millions d'ici 2011; il s'agit d'une hausse de plus du tiers de la population de personnes âgées en 1998 (3,6 millions de personnes). Au fur et à mesure que cette proportion continue d'augmenter, la prévention des chutes revêt encore plus d'importance. Bien que le coût moyen par cas de chute accidentelle occupait le huitième rang des causes, les blessures représentaient plus de 60 % de l'estimation totale. Cela est attribuable au fait que les chutes étaient les grandes responsables des admissions liées à un traumatisme en 2000-2001 et représentaient 56 % de toutes les hospitalisations pour cause de blessures.

L'identification des facteurs de risque et des programmes de prévention des chutes peuvent aider à prévenir la plupart des chutes. Une réduction de 20 % du nombre de chutes permettrait d'éviter environ 7 500 hospitalisations et une incapacité permanente à 1 800 personnes âgées de plus de 65 ans (SMARTRISK, 2004c). Les économies globales à l'échelle du pays pourraient se chiffrer à 138 millions de dollars annuellement (SMARTRISK, 2004c).

### **Statistiques sur les chutes en Ontario**

En Ontario, les chutes étaient responsables de 80 % des hospitalisations à la suite de traumatismes crâniens chez les personnes âgées de 65 ans et plus en 1998-1999 (ICIS, 2000). Les chutes étaient surtout causées par les glissades, les faux pas et les trébuchements. Deux fois plus de femmes que d'hommes étaient admis pour des chutes dans les hôpitaux ontariens. Le rapport de l'ICIS (2000) indique que la durée moyenne de séjour varie selon le sexe. En 1998-1999, les hommes étaient hospitalisés en moyenne pendant 7 jours et les femmes 11 jours.

## Recommandations relatives à la pratique

### Évaluation

#### Recommandation 1.0

Évaluer le risque de chute à l'admission.

Niveau Ib, note : B

### Discussion sur les données probantes

Il est important d'évaluer le risque de chute puisque cette évaluation fournit une orientation pour les multiples interventions dont il a été démontré qu'elles réduisent le risque qu'une personne a de tomber. Parmi les facteurs de risque de chute courants chez les patients âgés en établissement de santé, citons la confusion, l'utilisation de tranquillisants, les troubles auditifs, les déficits cognitifs, les antécédents d'AVC et de chute, le delirium, les maladies aiguës et/ou les effets secondaires des médicaments (Kallin & al., 2004; Salgado & al., 2004; Vassallo & al., 2004a). Le dépistage du risque est une méthode efficace pour identifier les personnes prédisposées aux chutes. Perrel et ses collaborateurs (2001) ont effectué une revue systématique des outils de dépistage des risques de chute. Ils ont conclu qu'il faudrait des interventions universelles de prévention des chutes dans les établissements de soins de longue durée puisque tous les résidents sont susceptibles de présenter un risque élevé de chute. Des outils tels que l'Échelle des chutes de Morse (Morse, Morse & Tylko, 1989), l'outil d'évaluation du risque STRATIFY (Oliver & al., 1997) et le Hendrich II Fall Risk Model® (Hendrich & al., 1995) pourraient être utilisés. L'évaluation du risque de chute est essentielle. L'outil doit être adapté au milieu et spécifique à la clientèle. Pour choisir l'outil qui conviendra le mieux à l'établissement, il est donc primordial d'évaluer le type de clientèle. L'Annexe C contient des renseignements sur la façon d'accéder aux outils évoqués précédemment.

Oliver et ses collaborateurs (2004) ont effectué une revue systématique des outils d'évaluation du risque de chute à l'hôpital et ont déclaré que peu d'entre eux permettaient de prédire les chutes avec un degré de sensibilité et de spécificité supérieur à 70 %. Parmi les facteurs de risque courants identifiés, citons l'instabilité de la démarche, la confusion, la fréquence de la miction, les chutes antérieures et les médicaments (i.e. les sédatifs et les hypnotiques). Les auteurs proposaient également une alternative aux outils d'évaluation du risque, soit d'intervenir sur les facteurs de risque de chute réversibles chez tous les clients. Dans le cadre d'études (Haines & al., 2004; Healy & al., 2004) ayant contribué avec succès à la réduction du nombre de chutes dans les hôpitaux, on avait utilisé des outils d'évaluation des risques sur lesquels on avait basé le choix des interventions pour les patients. Dans les études contrôlées randomisées qu'ils ont menées dans des établissements de soins de longue durée, Becker et ses collaborateurs (2003) et Jensen et ses collaborateurs (2002) ont découvert que le dépistage aurait pu servir à mieux concevoir les interventions multifactorielles spécifiques, car des facteurs de risque différents augmentaient le risque de chute différemment. Bien que le dépistage des risques au moment de l'admission ne réduise pas directement l'incidence de chute chez la personne âgée, des données probantes indiquent qu'il peut aider au choix des interventions appropriées pour la réduction subséquente des chutes. Les interventions multifactorielles sont analysées plus en détail à la recommandation 2.2. Le tableau 3 présente une liste de facteurs de risque pour les hôpitaux et les clientèles qui requièrent des soins de longue durée. Le rapport de cotes illustre la probabilité qu'une chute survienne chez les patients qui présentent ces facteurs de risque comparativement aux patients qui ne les présentent pas.

Tableau 3 : Facteurs de risque et probabilités de chute associées

Facteur de risque	Hospitalisé	Centre d'hébergement
Antécédents de chutes	Rapport de cotes : 2,76	Rapport de cotes : 3,41
Âge	> 75	> 87 (rapport de cotes : 1,16)
Sexe	Données insuffisantes	Homme (rapport de cotes : 1,14)
États	La maladie de Parkinson, le diabète de type II, l'arthrite, les accidents vasculaires cérébraux, les hospitalisations et les maladies récentes, par leur effet sur la force, l'équilibre et la proprioception, peuvent avoir une incidence sur le risque de chute. Bien que l'on ne puisse modifier ces maladies, d'autres facteurs de risque peuvent être modifiables, ce qui permet de réduire le risque global auquel est exposé le patient.	
Déficits cognitifs	Rapport de cotes : 2,62 à 6,33	Comportement d'errance (rapport de cotes : 1,84)
Équilibre et démarche	données insuffisantes	Démarche instable (rapport de cotes : 1,13) Indépendance dans les transferts (rapport de cotes : 1,49) Indépendance dans l'utilisation du fauteuil roulant (rapport de cotes : 1,39)
Aides techniques à la marche	Recours à des aides techniques à la marche (rapport de cotes : 2,84)	Recours à une canne ou une marchette (rapport de cotes : 1,44)
Risques reliés à l'environnement	données insuffisantes	Chutes attribuables à des facteurs environnementaux : 27,3 % au sein de cette clientèle Recours à la contention (rapport de cotes : 10,2)
Médicaments	Médicaments psychotropes : Rapport de cotes : 1,93 à 7,95	Polypharmacie (4 médicaments et plus) Benzodiazépines (risque relatif ajusté : 1,44) Psychotropes : double le nombre de chutes Diurétiques (rapport de cotes : 7,2) Vasodilatateurs (rapport de cotes : 3,0)
Vision (baisse)	Rapport de cotes : 2,46	Rapport de cotes : 1,6
Hypotension systolique (< 110 systolique)	données insuffisantes	Rapport de cotes : 2,0
Salle commune	L'incidence de chute est plus élevée dans les salles de gérontopsychiatrie et de réadaptation.	
Nombre de facteurs de risque	On a découvert que cinq facteurs étaient des prédictors de chute en milieu hospitalier. Ces facteurs sont une chute comme raison de consultation, un faible résultat de transfert ou de mobilité (3 ou 4) ou de l'agitation selon le jugement de l'infirmière en soins intégraux, un besoin d'aller fréquemment à la toilette ou une déficience visuelle.	

Source : Brown, C. J. & M. Norris (2004). *Falls : Physicians' Information and Education Resource (PIER.)* American College of Physicians. Disponible : <http://pier.acponline.org/physicians/screening/s168/pdf/s168.pdf>

### Recommandation 1.1

Évaluer le risque de chute après une chute.

*Niveau Ib, note : B*

#### Discussion sur les données probantes

Une chute chez une personne âgée est souvent un signe de maladie (chute sentinelle); un client qui est déjà tombé risque trois fois plus de tomber à nouveau (American Geriatric Society, British Geriatric Society and American Academy of Orthopedic Surgeons Panel on Falls Prevention, 2001). Une étude contrôlée randomisée menée dans un établissement de soins de longue durée aux États-Unis a démontré que l'évaluation des patients dans les sept jours suivant une chute permettait de prévenir efficacement l'hospitalisation subséquente et réduisait la durée de séjour à l'hôpital, sans toutefois réduire le nombre de chutes (Rubenstein & al., 1990).

#### Intervention

##### Tai-chi

### Recommandation 2.0

Pour prévenir les chutes chez la personne âgée, on recommande le tai-chi aux clients dont la durée de séjour est supérieure à quatre mois et à ceux qui n'ont pas d'antécédents de fracture causée par une chute. Les données probantes dont on dispose sont insuffisantes pour recommander le tai-chi dans la prévention des chutes chez les clients dont la durée de séjour est inférieure à quatre mois.

*Niveau Ib, note : B*

#### Discussion sur les données probantes

Les données probantes dont on dispose sont insuffisantes pour recommander le tai-chi dans la prévention des chutes chez les clients dont le séjour est inférieur à quatre mois. Wolf et ses collaborateurs (2003) ont mené une étude contrôlée randomisée en grappes auprès de 286 résidants (« dont l'état de santé se fragilise » ( $\leq 70$  ans)) vivant dans des petits établissements de soutien (6 à 20 lits). On a organisé de façon aléatoire des séances de tai-chi et de sensibilisation en matière de bien-être dans les établissements pendant la durée de l'étude, puis l'on a évalué les fonctions, le comportement et les chutes chez les résidants. Le programme de tai-chi échelonné sur 48 semaines n'a entraîné aucun effet bénéfique sur le plan de la prévention des chutes comparativement à la sensibilisation en matière de bien-être. Toutefois, on a commencé à observer une réduction du risque de chute au sein du groupe qui s'adonnait au tai-chi quatre mois après le début du programme. De plus, on a observé une réduction importante du nombre de chutes chez les résidants sans antécédents de fractures qui s'adonnaient au tai-chi.

#### Exercice

### Recommandation 2.1

Les infirmières peuvent avoir recours à l'entraînement de la force musculaire dans le cadre d'interventions multifactorielles en matière de chute; cependant, les données probantes dont on dispose ne sont pas suffisantes pour recommander ce type d'entraînement comme intervention indépendante.

*Niveau Ib, note : I*

## Discussion sur les données probantes

Les données probantes dont on dispose sont insuffisantes pour recommander uniquement l'entraînement progressif de la force musculaire pour la prévention des chutes chez la personne âgée. Dans le cadre d'une étude contrôlée randomisée portant sur des programmes d'exercices, Nowalk et ses collaborateurs (2001) ont réparti au hasard 110 résidents (âgés de 84 ans en moyenne) de deux résidences communautaires pour personnes âgées soit dans un groupe de tai-chi, soit dans un groupe d'entraînement progressif de la force musculaire, soit dans un groupe contrôle (absence d'exercice). Ils ont effectué des évaluations au départ, puis six, douze, dix-huit et vingt-quatre mois après la randomisation. Ils n'ont observé aucune différence entre les trois groupes concernant le nombre de chute ou d'hospitalisation. De plus, comparativement au tai-chi et à l'absence d'exercice, l'entraînement progressif de la force musculaire a semblé n'entraîner aucun effet bénéfique en matière de réduction du nombre de chutes. Ces résultats rejoignent ceux de Gillespie et de ses collaborateurs (2004) qui ont réalisé une revue systématique d'études contrôlées randomisées portant sur diverses interventions en prévention des chutes chez la personne âgée. Gillespie et ses collaborateurs (2004) ont en outre cité deux autres études (Donald & al., 2000; Mulrow & al., 1994) dans lesquelles on examinait l'exercice et la physiothérapie individualisés en fonction de la personne en établissement. Comme dans le cas de l'étude de Nowalk et de ses collaborateurs (2001), l'exercice n'entraînait aucun effet bénéfique pour prévenir les chutes. Par conséquent, l'exercice seul ne suffit pas à prévenir les chutes chez la personne âgée.

### Intervention multifactorielle

#### Recommandation 2.2

**Les infirmières membres de l'équipe interdisciplinaire mettent en place des interventions multifactorielles en matière de prévention des chutes afin de prévenir d'autres chutes.**

*Niveau Ia, note : B*

## Discussion sur les données probantes

Les interventions multifactorielles et individualisées peuvent se révéler très avantageuses pour réduire et retarder les chutes chez les résidents d'établissements de soins de longue durée (Becker & al., 2003; Jensen & al., 2002), d'environnements où l'on prodigue des soins de réadaptation subaigus (Haines & al., 2004) et de centres hospitaliers (Healy & al., 2004), comme le démontrent des études randomisées en grappes.

Jensen et ses collaborateurs (2002) ont fait état d'une réduction du nombre de fractures de la hanche et de chutes chez les résidents de centres d'hébergement où se sont déroulées des études multifactorielles dans le cadre desquelles un protecteur de hanche a été offert à chaque résident. Becker et ses collaborateurs (2003) n'ont pu reproduire cet effet dans leur étude, malgré qu'ils aient observé un effet bénéfique sur le nombre de chute. On retrouvait les composantes multifactorielles suivantes dans ces deux études : formation du personnel, modifications de l'environnement, exercice, aides à la mobilité, révision de la médication, protecteur de hanche et résolution de problèmes après une chute. Les études menées dans des environnements où sont prodigués des soins subaigus se sont révélées efficaces dans la prévention des chutes. L'intervention, basée sur une évaluation multifactorielle individualisée, ne prévoyait pas le recours à un protecteur de hanche (Haines & al., 2004). La planification des soins des patients admis ayant des antécédents de chute et à ceux qui ont subi des chutes ou ont évité de justesse une chute pendant leur

## Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée

hospitalisation s'est révélée efficace pour réduire les chutes au sein d'une unité de patients hospitalisés (Healey & al., 2004). Les interventions multifactorielles utilisant des composantes de plus faible intensité (p. ex. : apposition d'une étiquette de risque élevé/faible sur les vêtements, guide de prévention des chutes) peuvent en réalité augmenter le risque de chute (Kerse & al., 2004).

Par conséquent, les infirmières doivent tenir compte des facteurs de risque individuels et réaliser des interventions multifactorielles ciblées qui comprennent une ou plusieurs des composantes suivantes : formation du personnel, modifications de l'environnement, exercices, aides à la mobilité, révision de la médication, protecteurs de hanche et résolution de problèmes après une chute. Les interventions multifactorielles sont souvent implantées par des équipes formées de personnel de réadaptation tel que les ergothérapeutes et les physiothérapeutes. Les pharmaciens peuvent contribuer à la révision de la médication. Les médecins font partie de l'équipe d'implantation de l'intervention multifactorielle, plus particulièrement en aidant à identifier les maladies qui présentent des chutes et les médicaments susceptibles de prédisposer aux chutes.

### Médication

#### Recommandation 2.3

**Les infirmières, en consultation avec l'équipe soignante, effectuent une révision périodique de la médication dans le but de prévenir les chutes chez la personne âgée en établissement de santé. Les clients qui prennent des benzodiazépines, des antidépresseurs tricycliques, des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine, de la trazodone ou plus de cinq médicaments doivent être identifiés comme présentant un risque élevé. Il y a des données probantes acceptables indiquant que la révision de la médication doit être effectuée périodiquement pendant le séjour en établissement.**

*Niveau IIb, note : B*

### Discussion sur les données probantes

L'examen de la médication du client peut avoir des répercussions sur la réduction des chutes chez la personne âgée. Leipzig et ses collaborateurs (1999a, 1999b) ont investigué les médicaments psychotropes en relation avec les chutes accidentelles. La revue systématique a permis d'identifier 40 articles qui traitaient de ce sujet aux fins de leur inclusion dans la méta-analyse. Il n'y avait aucune étude contrôlée randomisée parmi ces articles. En rassemblant les ratios d'incidence de toutes les études dans une méta-analyse, on a remarqué que l'ensemble de ces ratios d'incidence pour une ou plusieurs chutes variaient de 1,51 à 1,73 ( $p < 0,05$  pour l'ensemble) pour les médicaments psychotropes et correspondaient à 1,48 ( $p < 0,05$ ) pour les benzodiazépines, ce qui représente un lien significatif entre les chutes et les médicaments psychotropes et/ou les benzodiazépines. Cette méta-analyse portait à la fois sur des environnements communautaires et sur des personnes en établissements de soins de santé. Toutefois, lors de la stratification des études en fonction du lieu de résidence des sujets, on n'a observé aucune modification des ratios d'incidence réunis et ce pour n'importe quelle catégorie de médicaments, sauf dans le cas des neuroleptiques administrés aux patients hospitalisés dans des établissements psychiatriques, ce qui indique que les ratios d'incidence mentionnés précédemment s'appliquent individuellement à chaque groupe. Dans une étude de cohortes rétrospective menée auprès de 2 428 résidents de centres d'hébergement, Thapa et ses collaborateurs (1998) ont comparé les personnes qui prenaient des

antidépresseurs à celles qui n'en prenaient pas. Ils ont découvert que les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine et la trazodone doublaient le nombre de chute et que cette augmentation du taux avait un lien avec la dose-réponse. Le nombre de chute augmentait plus particulièrement lorsque l'on augmentait le dosage des antidépresseurs tricycliques et des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine. De plus, lorsque ces médicaments étaient prescrits pour traiter la démence plutôt que la dépression, le nombre de chutes augmentait.

Une révision de la médication uniquement à l'admission ne suffit pas. Ray et ses collaborateurs (2002) ont évalué la concordance de deux définitions de la prise de benzodiazépines. Un *consommateur de base* est une personne qui avait pris des benzodiazépines dans les sept jours précédant le suivi et un *consommateur courant* est une personne qui avait pris des benzodiazépines un jour de suivi. La définition du consommateur de base a donné lieu à une classification erronée, puisque seuls 44,6 % des « consommateurs » avaient vraiment pris des benzodiazépines pendant la période de suivi. La définition de consommateur de base ne faisait aucune distinction entre les consommateurs et les non-consommateurs pour ce qui est du nombre de chutes, tandis que la définition de consommateur courant précisait que les consommateurs étaient plus susceptibles de tomber que les non-consommateurs. Cette étude souligne à quel point il importe d'examiner la prise de benzodiazépines tout au long du séjour en établissement, plutôt que de faire un tel examen uniquement à l'admission. L'erreur de classification entraîne une sous-estimation substantielle de l'association entre la prise de benzodiazépines et le risque de chute et met l'accent sur l'importance d'une révision périodique de la médication tout au long du séjour à l'hôpital ou en établissement.

On prescrit souvent au client âgé plusieurs médicaments de types différents. Le profil pharmaceutique du client peut être considéré comme un facteur contributif à la fois extrinsèque (lié à l'environnement) et intrinsèque (propre à la personne) du risque de chute. Neutel et ses collaborateurs (2001) ont mené une étude en deux volets auprès de 227 résidents âgées de plus de 65 ans et vivant en centre d'hébergement. Dans le premier volet de l'étude, ils ont défini les chutes et l'usage de médicaments et noté une augmentation du nombre de chute chez les patients qui prenaient plus de cinq médicaments par rapport à ceux qui en prenaient moins de cinq. Le second volet, une étude croisée, établissait une comparaison entre les chutes avant et après la prise d'un nouveau médicament. La prise de nouveaux benzodiazépines ou antipsychotiques ont eu pour conséquence d'augmenter le risque de chute par rapport au risque observé pendant la période précédant la prise de ces médicaments. Cette observation appuie les résultats de Ray mentionnés précédemment et indique que la polypharmacie chez les clients âgés (> 5 médicaments) accroît le risque de chute.

## Protecteurs de hanche

### Recommandation 2.4

**Les infirmières devraient envisager l'utilisation de protecteurs de hanche pour réduire le nombre de fractures de la hanche chez les clients dont on considère qu'ils présentent un risque élevé de fracture associée à une chute. Toutefois, aucune donnée probante ne vient appuyer l'utilisation universelle de protecteurs de hanche chez la personne âgée en établissement de santé.**

*Niveau Ib, note : B*

## Discussion sur les données probantes

Aucune donnée probante ne vient appuyer l'utilisation universelle de protecteurs de hanche chez la personne âgée en établissement de santé. Dans leur revue systématique portant sur des études contrôlées randomisées, Parker, Gillespie et Gillespie (2001) ont démontré que les études qui font appel à la randomisation sur une base individuelle ne sont pas en faveur du recours aux protecteurs de hanche dans la prévention des fractures de la hanche chez la personne âgée en établissement (centre d'hébergement). Les études randomisées en grappes selon une unité ou une salle commune, quant à elles, sont en faveur de l'utilisation du protecteur de hanche dans la prévention des fractures de la hanche chez la personne âgée en établissement à risque de chute. Ces études viennent donc appuyer davantage la nécessité d'un dépistage approprié du risque (*recommandations 1.0 et 1.1*) afin de réduire le risque de blessure.

### Vitamine D

#### Recommandation 2.5

**Les infirmières renseignent les clients sur les bienfaits d'un apport supplémentaire en vitamine D afin de réduire le risque de chute. En outre, les renseignements sur la nutrition, les habitudes de vie et les options de traitement pour la prévention de l'ostéoporose sont pertinents afin de réduire le risque de fracture.**

*Niveau IV*

## Discussion sur les données probantes

Plusieurs études ont établi un lien entre la densité osseuse du col fémoral et l'augmentation du risque de fracture. On a observé que ce risque s'accroît avec l'âge (Cummings & al., 1995). Les personnes âgées traitées en établissement de santé présentent également un risque élevé de carence en vitamine D en raison de leur manque d'exposition au soleil et des changements que subit leur peau en raison du vieillissement. Un certain nombre d'études contrôlées randomisées ont évalué l'association entre l'apport supplémentaire en vitamine D et en calcium et une réduction des chutes et des fractures liées aux chutes (AMDA, 1998). Par ailleurs, plusieurs études contrôlées randomisées ont établi les effets bénéfiques de la prévention et du traitement de l'ostéoporose, tel qu'il est souligné dans les lignes directrices de la pratique clinique pour le traitement de l'ostéoporose révisées par des pairs. La Société de l'ostéoporose du Canada a émis des lignes directrices sur le diagnostic, la prévention et le traitement de l'ostéoporose (pour une liste des ressources, consulter l'*Annexe E*).

Des données probantes suggèrent que l'apport supplémentaire en vitamine D peut diminuer le risque de chute chez une personne (Bischoff & al., 2003; Bischoff-Ferrari & al., 2004). On a rapporté des résultats similaires chez la personne âgée qui vivent dans la communauté ou dans une résidence pour personnes âgées. Dans leur méta-analyse d'études à partir de trois milieux, Bischoff et ses collaborateurs (2004) ont rapporté une diminution, statistiquement significative, de 22 % du risque de chute chez la personne âgée à qui l'on administrait de la vitamine D comparativement à celles qui recevaient du calcium et un placebo.

Informez le client sur les éléments suivants :

- un apport supplémentaire en calcium et en vitamine D3,
- des exercices avec des poids (p. ex. : la marche) et
- une gestion pharmacologique pour maintenir ou améliorer la force osseuse

(Kannus & al., 1999; National Ageing Research Institute, 2000)



## Enseignement aux clients

### Recommandation 2.6

Tous les clients dont on a évalué qu'ils présentent un risque élevé de chute sont informés de leurs risques respectifs.

Niveau IV

### Discussion sur les données probantes

Il a été démontré que la formation sur les chutes réduit la peur de tomber et améliore la confiance en soi (Brouwer & al., 2003). Cette formation peut être dispensée de diverses façons et dans divers milieux. Les séances individuelles peuvent contribuer à créer un environnement non menaçant où l'approche est davantage centrée sur le client. Le client peut donc poser des questions et l'infirmière effectuer une évaluation plus poussée. Des séances de groupe peuvent faire épargner du temps d'enseignement (Queensland Health, 2003) et permettre aux clients de tirer profit de l'interaction sociale et apprendre des expériences d'autrui. Dans l'élaboration du matériel didactique, il faut prendre en considération les facteurs qui affectent le processus de vieillissement. Il est important de reconnaître les signes précoces de démence, comme la perte de la mémoire à court terme, les difficultés d'apprentissage et la rétention de nouvelles informations, les troubles du langage, les sautes d'humeur, les changements de personnalité, le déclin progressif de la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne et les fluctuations de l'état de conscience et de l'orientation (Queensland Health, 2003).

Pour de plus amples renseignements sur la façon de reconnaître les patients qui souffrent de démence modérée à grave et de travailler avec eux, consulter les lignes directrices de la RNAO intitulées *Dépistage du délire, de la démence et de la dépression chez la personne âgée* (2003) et *Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression* (2004).

Parmi les sujets couramment abordés dans le cadre de formations sur les chutes à l'intention des patients (Joanna Briggs Institute, 1998; Queensland Health, 2003), citons :

- informer le client et sa famille ou son fournisseur de soins sur le risque de chute, les questions liées à la sécurité et les limitations d'activités,
- enseigner aux clients à changer lentement de position,
- orienter les clients sur l'environnement autour de leur lit, les installations des salles communes et leur expliquer comment demander de l'aide,
- les programmes de sensibilisation à l'intention de tous les nouveaux clients et des clients qui présentent un risque élevé,
- les renseignements sur la période après une chute,
- les stratégies lorsqu'il y a incapacité à se relever,
- les premiers soins,
- discuter des objectifs de traitement,
- les questions d'ordre psychologique,
- les choix éclairés concernant le risque,
- l'importance de demeurer actif et d'être mobile et
- l'ostéoporose (i.e. faire la promotion d'une « ossature en santé »).

Environnement

**Recommandation 3.0**

**Les infirmières intègrent les modifications de l'environnement en tant qu'une composante de leurs stratégies de prévention des chutes.**

*Niveau Ib*

**Discussion sur les données probantes**

L'étude contrôlée randomisée menée dans 20 résidences de soins par Dyer et ses collaborateurs (2004) comportait une évaluation des facteurs de risques liés à l'environnement et des recommandations écrites pour aborder les facteurs de risque. Kerse et ses collaborateurs (2004) ont découvert que l'évaluation des risques liés à l'environnement dans les aires communes ainsi que les chambres des patients contribuait efficacement à la réduction des chutes. Dans une étude de grappes ouverte, contrôlée et randomisée menée dans neuf résidences de soins en Suède, Jensen et ses collaborateurs (2002) recommandent d'apporter des modifications à l'environnement, notamment : disposer différemment les meubles qui posent un risque de chute, sécher les endroits mouillés sur le plancher, enlever la neige devant l'entrée des établissements, installer des barres d'appui et améliorer l'éclairage. L'AMDA (1998) et Queensland Health (2003) ont elles aussi recommandé ces modifications. Dans une étude contrôlée randomisée menée dans six centres d'hébergement en Allemagne, Becker et ses collaborateurs (2003) ont constaté l'efficacité des modifications apportées à l'environnement, telles que la hauteur des fauteuils-lits, l'encombrement des chambres et l'utilisation adéquate des aides techniques à la marche, de barres d'appui et de l'éclairage, comme composantes d'une intervention à volets multiples, dans la diminution du nombre total de chutes, du nombre de personnes qui tombent et du nombre de personnes qui tombent fréquemment. Dans leur étude quasi expérimentale, Vassalo et ses collaborateurs (2004) ont également mentionné l'évaluation de l'accessibilité d'un système d'appel infirmier et indiqué que ce dernier contribuait efficacement à la réduction des chutes.

## Recommandations relatives à la formation

### Formation en soins infirmiers

#### Recommandation 4.0

L'enseignement sur la prévention des chutes et des blessures associées doit faire partie du curriculum de soins infirmiers et de la formation continue. Une attention particulière doit être accordée aux éléments suivants :

- promotion de la mobilité dans des conditions sécuritaires
- évaluation du risque
- stratégies interdisciplinaires
- gestion du risque, incluant le suivi après chute
- alternative à la contention ou à d'autres dispositifs contraignants

Niveau IV

### Discussion sur les données probantes

On peut élaborer toute une gamme de méthodes d'apprentissage novatrices (i.e. l'utilisation des CD-ROM, l'apprentissage électronique en ligne, l'apprentissage en ligne, les études de cas, les discussions sur la pratique réflexive et les tournées d'éthique) liées à l'utilisation des contentions afin d'aider les étudiants et le personnel infirmier à comprendre leur rôle et les objectifs d'implantation de la ligne directrice (Queensland Health, 2003). Il faut tenir compte des principes de l'apprentissage des adultes dans la planification, l'implantation et l'évaluation des séances de formation afin d'améliorer les connaissances, les habiletés et le jugement du personnel infirmier et des étudiants à l'égard de l'application des recommandations de cette ligne directrice. Les étudiants et le personnel infirmier devraient avoir l'autonomie nécessaire pour remettre en question et modifier la pratique avec le soutien des clients, des décideurs substituts, des administrateurs, des formateurs et de membres d'autres disciplines dans un effort pour appuyer les recommandations contenues dans la ligne directrice (Queensland Health, 2003).

Les sujets suivants devraient être intégrés dans les documents de formation sur la prévention des chutes des infirmières (Queensland Health, 2003) :

- définition de la chute
- statistiques sur les chutes, notamment la fréquence, les conséquences et les coûts (ICIS, 2000; National Centre for Injury Prevention and Control (NCIPC), 2004)
- facteurs de risque (intrinsèque et extrinsèque) associés aux chutes
- conséquences des chutes
- coûts pour le système de santé (ICIS, 2000, NCIPC, 2004)
- répercussions sur la qualité de vie, l'autonomie et la « dignité du risque », les dilemmes d'ordre éthique
- évaluation des chutes, notamment la documentation et l'utilisation d'outils d'évaluation basés sur des données probantes
- réévaluation
- stratégies de prévention des chutes, notamment des interventions adaptées au client et une attention à la révision de la médication
- stratégies de prévention des blessures, notamment l'évaluation des facteurs liés à l'environnement, les alternatives à la contention et le suivi après la chute

## Recommandations relatives à l'établissement et aux politiques

Approche la moins contraignante

### Recommandation 5.0

Les infirmières ne doivent pas se servir des ridelles de lit pour prévenir les chutes ou les chutes récurrentes chez les clients hospitalisés; toutefois, il se peut que d'autres facteurs liés aux clients influencent la prise de décisions concernant l'utilisation des ridelles de lit.

Niveau III, note : I

### Discussion sur les données probantes

L'utilisation des ridelles de lit n'est pas recommandée dans la prévention des chutes ou des chutes récurrentes chez la personne âgée. Les auteurs d'une étude de cohortes rétrospective (analyse secondaire des données recueillies dans le cadre d'une étude clinique prospective longitudinale) ont examiné le lien entre l'utilisation de ridelles de lit bilatérales et les chutes et blessures associées chez les clients de centres d'hébergement. Cette étude n'a révélé aucune différence sur le risque de chute ou de chutes récurrentes avec l'utilisation de ridelles de lit bilatérales (Capezuti & al., 2002). Lors de contrôles de la cognition et des fonctions, ils ont obtenu les mêmes résultats. Les auteurs reconnaissent que les caractéristiques cliniques des clients peuvent influencer le processus de prise de décisions concernant l'utilisation de ridelles de lit.

Des intervenants clés, dont l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (College of Nurses of Ontario, 2004) et l'Association des hôpitaux de l'Ontario (Ontario Hospital Association, 2001), ainsi que le protocole sur les contentions basé sur la recherche de l'University of Iowa (Ledford, 1996), disposent de lignes directrices pour aider à la prise de décisions sur l'utilisation des contentions (pour obtenir une liste des ressources, consulter l'Annexe E).

### Recommandation 6.0

Les établissements rédigent une politique sur l'approche la moins contraignante. Cette politique tient compte des facteurs de contention physique et chimique.

Niveau IV

### Discussion sur les données probantes

Dans une revue systématique des blessures chez les patients et des contentions physiques, Evans et ses collaborateurs (2003) soulignent le risque éventuel posé par l'utilisation de contention dans des établissements de soins actifs et des résidences de soins et font remarquer que les contentions peuvent accroître le risque de décès, de chute, de blessure grave et d'hospitalisation prolongée. Le 29 juin 2001, la Loi sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades (projet de loi 85) de l'Ontario a reçu la sanction royale (Assemblée législative de l'Ontario, 2001) (Annexe D). Cette loi régit les types de contentions physiques et chimiques, ainsi que les appareils de surveillance, et s'applique aux établissements de soins actifs et de soins chroniques, ainsi qu'aux autres établissements de soins de santé. Le projet de loi 85, définit la contention comme le fait de contrôler une personne avec un recours minimal à la force, à des moyens mécaniques ou à des substances chimiques qui sont raisonnables compte tenu de l'état physique et mental de la personne. Le projet de loi régit l'utilisation de moyens de contention sur les patients, l'isolement des patients et l'utilisation d'appareils de surveillance dans les hôpitaux régis par la

*Loi sur les hôpitaux publics* et dans tous les établissements régis par la *Loi sur les hôpitaux privés*. Il est défendu aux hôpitaux de placer sous contention ou d'isoler les patients, ou encore d'utiliser des appareils de surveillance, à moins que ce ne soit nécessaire pour les empêcher de se causer à eux-mêmes et de causer à autrui des lésions corporelles graves. Parmi les exigences, citons l'évaluation, le recours à des alternatives, l'élaboration d'un plan de soins, le consentement, l'ordonnance médicale, le suivi et la réévaluation. Le projet de loi régisse les politiques préconisant l'approche la moins contraignante afin d'encourager les hôpitaux et les établissements à utiliser, autant que possible, des stratégies alternatives. La loi définit la contention comme tout appareil que le patient ne peut facilement retirer et qui limite sa liberté de mouvement ou l'accès normal à son corps. Les éléments exigés par les politiques sont les suivants :

- la définition des contentions utilisées au sein de l'établissement
- une description détaillée des exigences en matière d'évaluation
- l'identification et la description des méthodes alternatives, l'implication de la famille, le consentement, l'application, le suivi, la planification des soins, la documentation des réévaluations et les processus d'évaluation.

Aux fins de l'élaboration des politiques, il est conseillé aux établissements d'examiner les lois, telles que la *Loi sur la santé mentale* de l'Ontario, et les parties des lois qui traitent de l'utilisation des contentions. De plus, il leur est conseillé de consulter la Charte des droits et libertés, élément de la Constitution du Canada. L'OHA (2001) recommande également que les établissements de santé fassent participer l'équipe interdisciplinaire à l'élaboration des politiques et mettent sur pied un comité qui se chargera d'étudier les obstacles qui se posent à la réduction de l'utilisation des contentions, d'évaluer les pratiques de contention en cours et de nommer une personne responsable de la coordination du comité et des processus d'évaluation.

## Soutien de l'établissement

### Recommandation 7.0

Les établissements créent un environnement de soutien des interventions pour la prévention des chutes qui comprend les éléments suivants :

- des programmes de prévention des chutes
- la formation du personnel
- la consultation clinique pour l'évaluation du risque et les interventions
- la participation d'équipes interdisciplinaires dans la gestion des cas
- l'accès à des fournitures et à du matériel tels que des appareils de transfert, des lits que l'on peut élever et abaisser, ainsi que des dispositifs d'alerte au lit.

*Niveau IV*

## Discussion sur les données probantes

Dans un examen de lignes directrices basées sur des données probantes, Moreland et ses collaborateurs (2003) recommandent que les établissements développent des systèmes d'évaluation et de prévention des chutes. Dans son examen descriptif de la littérature Shanley (2003) recommande que les initiatives de soutien des établissements incluent la prévention des chutes et des blessures associées comme un aspect explicite et important du programme de planification et d'allocation de l'enveloppe budgétaire, ainsi que la promotion d'une culture axée sur la prévention des chutes. Il décrit les systèmes à l'appui des modifications permanentes à la pratique qui touchent la prévention des chutes en ces termes : l'établissement de procédures d'évaluation multifactorielle de la prévention des chutes et de planification des soins pleinement comprises et appliquées par le personnel, ainsi que la désignation d'une personne-

## Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée

ressource pour le personnel qui soit capable de soutenir les initiatives dans la prévention des chutes. Dans le cadre d'une étude quasi expérimentale privilégiant l'intervention d'une équipe interdisciplinaire, Vassallo et ses collaborateurs (2004b) ont remarqué un écart significatif dans le nombre de chutes et de blessures associées et ont recommandé des programmes interdisciplinaires de prévention des chutes.

Healey et ses collaborateurs (2004) ont remarqué que les plans de soins types comme méthode de réduction du risque étaient associés à une diminution significative du nombre de chutes, ainsi qu'à un écart significatif au sein du groupe contrôle. Il est recommandé, dans quelques lignes directrices sur la prévention des chutes basées sur un consensus, de se servir du protocole d'évaluation des résidents (RAP) pour élaborer des plans de soins individualisés en matière de prévention des chutes à l'intention de résidents en établissement de soins continus complexes (AMDA, 1998; Queensland Health, 2003). L'AMDA (1998) a elle aussi recommandé l'utilisation de plans de soins dans la prévention des chutes dans les établissements.

Bon nombre d'études contrôlées randomisées ont démontré que la formation était efficace dans la réduction des chutes (Becker & al., 2003; Dyer & al., 2004; Haines & al., 2004; Jensen & al., 2003; Kerse & al., 2004). Becker et ses collaborateurs (2003) ont offert au personnel un séminaire d'une heure et de la documentation écrite sur l'incidence, les facteurs de risque modifiables et d'autres mesures préventives. Kerse et ses collaborateurs (2004) ont ajouté des renseignements sur les stratégies de prévention des chutes bien précises et ont donné des indications en matière de physiothérapie et d'ergothérapie. Jensen et ses collaborateurs (2003) ont prolongé à quatre heures la durée de la formation à l'intention du personnel.

Il est recommandé de remplir un rapport de chute ou d'incident à la suite d'une chute (AMDA, 1998; Healey & al., 2004; Queensland Health, 2003; Rubenstein & al., 1996). Dans une étude sur les évaluations suivant une chute menée auprès de 379 établissements de soins de longue durée, Miceli et ses collaborateurs (2004) ont recommandé des politiques et des procédures en matière de gestion après la chute. La gestion après la chute devrait couvrir les aspects suivants :

- l'évaluation des blessures éventuelles associées à la chute
- le traitement immédiat à la suite de la chute
- la détermination des facteurs contributifs, de l'endroit, de l'heure et de l'activité effectuée

En plus des aspects mentionnés ci-haut, Jensen et ses collaborateurs (2002) ont conclu que les conférences sur la résolution de problèmes après la chute sont l'une des nombreuses interventions qui contribuent efficacement à la réduction des chutes.

### Révision de la médication

#### Recommandation 8.0

**Les établissements implantent des processus pour gérer efficacement la polypharmacie et les médicaments psychotropes, incluant des révisions régulières de la médication et une analyse des alternatives aux médicaments psychotropes pour la sédation.**

*Niveau IV*

### Discussion sur les données probantes

Jensen et ses collaborateurs (2003) et l'AMDA (1998) démontrent qu'un programme de révisions régulières et interdisciplinaires de la médication peut aider dans l'évaluation de la réaction aux médicaments au fil

du temps et indiquent comment ceci est relié à l'activité de chute. Cela pourrait se révéler bénéfique pour les établissements par la suite, non seulement sur le plan de l'amélioration des résultats pour le patient, mais également sur celui de la réduction du fardeau financier associé aux chutes et à la prise de médicaments (*recommandation 2.3*).

## Trousse de la RNAO

### Recommandation 9.0

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers ne peuvent être implantées avec succès qu'en présence d'une planification adéquate, de ressources, d'un soutien organisationnel et administratif, ainsi que d'un suivi approprié. Les organisations peuvent décider d'élaborer un plan d'implantation qui comprend les éléments suivants :

- Une évaluation du niveau de préparation de l'organisation et des obstacles à la formation.
- Une implication de tous les membres (que ce soit dans des fonctions de soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus d'implantation.
- L'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse un soutien nécessaire au processus de formation et d'implantation.
- La présence de possibilités continues de discussion et de formation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.
- Des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'organisation dans le cadre de l'implantation des lignes directrices.

À cet égard, la RNAO (par l'entremise d'un groupe d'étude composé d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*, qui est fondée sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. Il est conseillé d'utiliser la *Trousse* comme guide pour l'implantation la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*.

Niveau IV

## Discussion sur les données probantes

Graham et ses collaborateurs (2002) mentionnent que le succès de l'implantation des lignes directrices passe par leur adoption officielle par l'organisation. Pour ce faire, l'organisation peut notamment intégrer les recommandations des lignes directrices à ses politiques et procédures. Cette étape importante aide à donner une orientation concernant les attentes de l'organisation et facilite l'intégration de la ligne directrice dans des systèmes comme le processus de gestion de la qualité.

De nouvelles initiatives, comme l'implantation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, exigent des compétences solides en leadership de la part des infirmières qui sont à même de faire des recommandations basées sur des données probantes à propos des outils pratiques qui aideront à l'orientation de la pratique. Il est suggéré aux organisations d'envisager l'utilisation de la *Trousse* (2002) de la RNAO pour les aider à développer le leadership nécessaire au succès de l'implantation des lignes directrices. Pour une description de la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*, consulter l'*Annexe F*.

## *Lacunes de la recherche et implications pour l'avenir*

**Plusieurs auteurs ont suggéré que l'on effectue des recherches plus poussées dans le domaine des chutes et de la prévention des chutes.** Dans une revue systématique de la littérature sur l'acceptation et compliance avec les protecteurs de hanche externes, van Schoor et ses collaborateurs (2002) recommandent l'évaluation de la compliance de l'utilisation de protecteurs de hanche. Weigand et ses collaborateurs (2001), dans une étude contrôlée randomisée menée auprès de patients en salle d'urgence, recommandent l'évaluation de l'efficacité des interventions cliniques dans le but d'identifier, de conseiller et d'orienter les patients à l'urgence âgés de plus de 65 ans et qui présentent un risque élevé de chute accidentelle. Verhagen et ses collaborateurs (2002) recommandent qu'un plus grand nombre d'études contrôlées randomisées soient menées pour évaluer l'incidence du tai-chi chez la personne âgée et de son lien avec la prévention des chutes. Il est recommandé qu'un plus grand nombre de recherches sur la prévention des chutes en centre hospitalier soient menées relativement aux interventions qui se révèlent efficaces dans la prévention des chutes (Vassallo & al., 2004b), et qui sont associées à la personne âgée de santé fragile avec un déficit cognitif (Jensen & al., 2003).





## *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

C'est en procédant à l'examen des données probantes relativement à cette ligne directrice que l'équipe de révision a remarqué d'autres lacunes dans les comptes rendus de recherche sur la réduction des chutes et des blessures associées chez la personne âgée, plus particulièrement en ce qui a trait aux données probantes qui font appel à des approches randomisées. En tenant compte des lacunes de la recherche, l'équipe a déterminé que les priorités de recherche suivantes auraient des effets bénéfiques sur les résultats du client :

- L'étude approfondie des effets psychologiques des chutes ou de la peur de tomber et leurs répercussions sur le degré de confiance des clients dans l'exécution des activités de la vie quotidienne.
- L'efficacité des approches non pharmacologique auprès des clients présentant des déficits cognitifs et qui nécessitent des soins sur le plan émotionnel ou comportemental dans la réduction des chutes et des blessures associées.
- L'efficacité d'un plan de transfert basé sur une évaluation personnalisée et la ré-évaluation de ce plan au fur et à mesure que l'état fonctionnel du client évolue.
- L'efficacité de formes particulières d'exercice pour maximiser la mobilité et l'activité physique chez la personne âgée et prévenir le nombre de chutes. Plus particulièrement, déterminer le moment le plus propice à l'implantation de programmes d'activité physique et de mobilité. Quand ces programmes sont-ils au sommet de leur efficacité?
- Identifier les interventions de prévention des chutes qui sont les plus efficaces auprès des clientèles atteintes de déficits cognitifs ou de démence.
- Identifier des stratégies pour développer des interventions individualisées et personnalisées basées sur des données probantes qui ont pour assises le lien entre les facteurs de risque et les besoins cliniques individuels. L'objectif consiste à suppléer l'expertise clinique dans la sélection des composantes de l'intervention multifactorielle à l'aide des connaissances tirées de la littérature scientifique.
- L'efficacité du dépistage du risque en prenant en considération les clientèles spécifiques dont font partie les personnes à qui l'on administre des soins dans divers établissements de santé.

## *Évaluation et suivi de la ligne directrice*

**Il est suggéré que les établissements qui implantent les recommandations** de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers envisagent la façon dont l'implantation et les répercussions qui en découleront seront suivies et évaluées.

Puisque les évaluations des résultats comportent plusieurs indicateurs quantitatifs dictés en grande partie par la base documentaire sur laquelle repose l'élaboration de cette ligne directrice, les évaluations de l'implantation seront plus souvent de nature qualitative et s'articuleront autour d'une répartition suffisante des ressources (financières, humaines, matérielles, etc.) essentielles à l'implantation réussie des recommandations contenues dans la ligne directrice.

C'est dans ce but que l'on doit prendre en considération plusieurs facteurs lors de l'implantation des recommandations. Il est primordial que l'implantation s'effectue en conformité avec la situation, le milieu et la population étudiée dans la littérature scientifique sur laquelle est basée la recommandation, sinon il sera impossible d'évaluer les résultats réels des résultats attendus. Par exemple, la recommandation sur l'intervention multifactorielle exige que les composantes de l'intervention soient personnalisées en fonction des besoins de la personne. Si l'établissement où la recommandation est implantée décide plutôt de bâtir les interventions multifactorielles en fonction du groupe de clients (p. ex. : des patients amputés vs des patients ayant subi un AVC), alors il se peut que le résultat attendu au chapitre de la réduction des chutes ne soit pas atteint. Dans ce cas, il est impossible de déterminer si le résultat attendu n'a pas été atteint en raison de l'inefficacité de l'intervention ou si l'intervention a été implantée de façon inappropriée. En outre, lorsque de nombreux sites sont sollicités, une implantation adéquate garantit l'harmonie au sein des divers établissements.

Il est recommandé que l'implantation des recommandations respecte les objectifs du programme. Pour chaque objectif soit atteint, il faut un soutien administratif et un soutien du personnel suffisants. En l'absence de ressources suffisantes pour implanter un programme et en assurer la durabilité, la présence d'une clientèle d'intérêt n'a que peu de valeur. Les facteurs suivants doivent être considérées pour s'assurer que les recommandations issues de cette ligne directrice soient implantées adéquatement et jetteront les bases d'une évaluation rigoureuse des résultats.

### Objectifs

1. Quels sont les objectifs du programme d'implantation?
2. Quels sont les échéanciers imposés quant à l'atteinte des objectifs ou des buts intermédiaires?

### Administration du programme

1. Dispose-t-on d'un budget suffisant pour couvrir les dépenses liées au programme? Quelle est la période de temps couverte par les fonds?
2. Quels sont les coûts les plus importants? Quelles sont les dépenses liées aux immobilisations, au commencement et au maintien?
3. Combien le programme coûte-t-il « par patient »?
4. Des obligations contractuelles sont-elles associées à l'implantation du programme? Pourra-t-on s'en acquitter?

5. Quels coûts associés au programme sont prévus dans le budget d'exploitation de l'établissement?
6. Quels sont les rapports hiérarchiques à l'interne et à l'externe associés au programme?
7. Effectuera-t-on des examens intérimaires de l'efficacité du programme? Quelles sont les ressources nécessaires?
8. A-t-on confié la supervision à long terme du programme à une personne ou à un comité?

### Personnel affecté au programme

1. Parmi le personnel clinique, administratif et de soutien, combien de personnes seront nécessaires à l'implantation du programme?
2. A-t-on remis aux membres du personnel une description claire de leurs rôles et responsabilités?
3. À quel personnel spécialisé devra-t-on faire appel?
4. Quelles sont les ressources nécessaires à la formation du personnel?
5. Comment évaluera-t-on la pertinence de la formation?
6. Quel est le taux de rotation du personnel au sein de l'unité? Le plan de travail tient-il compte de la planification la relève?
7. Des ressources externes sont-elles nécessaires pour soutenir le programme?

### Participants au programme

1. À l'intention de quelle clientèle le programme a-t-il été conçu (âge, catégories de patients, niveau de fonction, etc.)?
2. Quelle est la durée de séjour habituelle? Sera-t-elle suffisamment longue pour permettre la collecte de données?
3. Quels sont les critères de sélection des participants? Quelles seront les ressources (évaluation clinique, instruments d'évaluation, etc.) permettant de déterminer si un candidat sera inclus ou exclu du programme?
4. De quelle façon a-t-on regroupé les participants? Plus précisément, si l'on souhaite former des groupes expérimentaux et des groupes de contrôle, de quelle façon seront-ils randomisés (individuellement, par chambre, par unité, etc.)?
5. Les écarts systématiques entre les groupes expérimentaux et les groupes de contrôle (citons l'âge, les co-morbidités, la capacité fonctionnelle, l'état pathologique, etc.) sont-ils susceptibles d'avoir une incidence sur les résultats de l'évaluation du programme?
6. A-t-on rédigé un plan d'urgence pour pallier au désistement de certains patients? À un manque de compliance de l'intervention?
7. Les participants prendront-ils part activement au programme? Si tel est le cas, comment leur communiquera-t-on les buts du programme et les résultats intérimaires?

### Autres programmes

1. Quels autres programmes ou lignes directrices a-t-on implantés ou implantera-t-on dans le cadre du programme?
2. Quels en sont les objectifs?
3. Y aura-t-il des incompatibilités entre les programmes (c.-à-d. demandes de dotation en personnel, ressources)?

## Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée

Shanley (2003) constate que les systèmes de suivi des chutes et des blessures associées doivent être complets, faciles d'emploi et bien intégrés aux autres systèmes des établissements. Ceci inclue des rétroactions et un processus d'action en fonction des résultats, comme c'est le cas des processus de gestion de la qualité et du risque au sein des établissements. L'AMDA (1998) et Queensland Health (2003) recommandent l'utilisation de systèmes d'amélioration de la qualité et/ou de gestion du risque actuels pour l'examen du suivi des chutes et l'utilisation d'un ensemble minimal de données comme source de système pour des données cliniques sur les soins continus complexes, aux fins de l'évaluation des facteurs contributifs associés aux chutes. En outre, ces lignes directrices recommandent le suivi de facteurs spécifiques comme l'incidence des blessures associées aux chutes et les états cliniques associés, notamment la capacité fonctionnelle.

Le tableau suivant, basé sur la démarche exposée dans la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* (2002), propose quelques indicateurs de suivi et d'évaluation.

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Objectifs	Évaluer le soutien disponible dans l'établissement permettant aux infirmières d'implanter des interventions de prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée.	Évaluer les changements à la pratique qui mènent à une amélioration des résultats pour ce qui est des chutes et des blessures associées.	Évaluer les impacts de l'implantation des recommandations.
Établissement/unité	<p>Réviser les recommandations sur les pratiques exemplaires par le(s) comité(s) organisationnel(s) chargé(s) des politiques ou des procédures relatives aux recommandations contenues dans cette ligne directrice.</p> <p>Structures pour encourager les infirmières à participer aux séances de formation.</p> <p>Structures pour soutenir la participation d'infirmières et d'autres professionnels à l'évaluation du risque et à la consultation collaborative liées à la prévention des chutes.</p> <p>Accessibilité d'outils ou d'algorithmes d'évaluation structurée.</p> <p>Participation des infirmières aux réunions du comité.</p> <p>Nombre de champions des ressources.</p>	<p>Approche interdisciplinaire à l'évaluation du risque et au traitement.</p> <p>Nombre et catégories de professionnels prenant part à la planification et à l'implantation des programmes de prévention des chutes.</p> <p>Politiques en place concernant le consentement éclairé.</p>	<p>Jours de récupération aux soins actifs en raison d'une chute.</p> <p>Nombre de réadmissions liées aux chutes et aux blessures associées.</p> <p>Jours de réadaptation en raison d'une chute.</p> <p>Examens de l'utilisation des psychotropes.</p> <p>Accessibilité de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires à tout le personnel.</p> <p>Intégration de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires à la séance d'orientation du personnel.</p> <p>Nombre de stratégies de prévention des chutes qui ont été implantées.</p> <p>Recours aux programmes d'activités.</p> <p>Types de modifications apportées à l'environnement.</p>

*Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Établissement, unité	<p>Nombre d'instruments utilisés dans la Trousse de la RNAO.</p> <p>Types d'équipement et de fournitures présentés.</p> <p>Des alternatives à la contention sont disponibles et accessibles.</p>		
Infirmière	<p>Nombre de membres du personnel participant aux séances de formation</p> <p>Nombre de jours ou d'heures de formation</p>	<p>Preuve d'une évaluation structurée qui permet d'orienter l'évaluation des facteurs de risque.</p> <p>Preuves de documentation dans les dossiers des clients qui sont compatibles avec les recommandations présentées dans la ligne directrice concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ l'évaluation</li> <li>■ la planification des soins</li> <li>■ les interventions visant la réduction des chutes et des blessures associées</li> </ul>	<p>Satisfaction de l'infirmière à l'égard des stratégies de prévention des chutes contenues dans la ligne directrice.</p> <p>Satisfaction de l'infirmière à l'égard du contenu et du processus de formation.</p> <p>Documentation des chutes.</p> <p>Mise en application des stratégies d'implantation (recours à des outils de dépistage, analyses de l'environnement, études de prévalence).</p>
Client	<p>Philosophie de l'établissement vis-à-vis du soutien des droits du client à la prise de risques, à l'autonomie et à l'autodétermination.</p> <p>La perspective du client, ses désirs et ses besoins sont au centre de l'implantation de la présente ligne directrice.</p> <p>Le client participe activement aux décisions concernant les soins qui lui sont prodigués et à celles ayant un lien avec ces lignes directrices.</p>	<p>Nombre de consultations concernant la mobilité, l'assise et le risque de chute.</p> <p>Documentation sur les décisions quant aux alternatives à la contention, à son utilisation, au consentement et au suivi.</p>	<p>Nombre de chutes.</p> <p>Nombre et nature des blessures causées par les chutes.</p> <p>Nombre de chutes répétées.</p> <p>Prévalence de l'utilisation d'aides techniques.</p> <p>Nombre d'évaluations du risque effectuées pour toutes les nouvelles admissions et après une chute.</p> <p>Quantité et types de moyens de contention utilisés.</p> <p>Satisfaction du client à l'égard des interventions en matière de prévention des chutes.</p>

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Coûts financiers	<p>Parmi les coûts d'implantation liés aux chutes et aux blessures associées chez la personne âgée, citons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ le coût de formation du personnel</li> <li>■ le coût des fournitures et de l'équipement</li> <li>■ le coût de formation en matière de consultation</li> <li>■ le coût de gestion du risque</li> <li>■ le coût du système de documentation ou de suivi</li> </ul>	<p>Incidence sur le coût par jour-patient de l'indice de la charge de cas (ICC) relativement aux blessures causées par les chutes.</p>	

## *Stratégies d'implantation*

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et l'équipe de révision de la ligne directrice ont dressé une liste de stratégies d'implantation afin d'aider les établissements de santé ou les disciplines de la santé qui s'intéressent à l'implantation de cette ligne directrice. En voici un résumé :

- Désigner au moins une personne, comme une infirmière en pratique avancée ou une infirmière-ressource en soins cliniques qui sera chargée d'offrir du soutien, de l'expertise clinique et de faire preuve de leadership. Cette personne doit en outre avoir de l'entregent et posséder des aptitudes à la facilitation et à la gestion de projet.
- Former un comité directeur composé d'intervenants et de membres clés qui ont à cœur de mener l'initiative. Tenir un plan de travail pour assurer le suivi des activités, des responsabilités et des calendriers.
- Offrir des séances de sensibilisation et un soutien permanent à l'implantation. Il peut s'agir d'exposés, de guides de l'animateur, de documents de cours et d'études de cas. On peut utiliser des reliures, des affiches et des cartes de poche pour rappeler de façon constante la formation aux participants. Planifier des séances de sensibilisation interactives, dans le cadre desquelles les participants sont appelés à résoudre des problèmes qui portent sur des préoccupations immédiates et offrent la possibilité de mettre en pratique de nouvelles compétences (Davies & Edwards, 2004).

## *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

- Offrir un soutien aux établissements, tel que de disposer de structures destinées à faciliter l'implantation. Par exemple, procéder à l'embauche de personnel de remplacement afin d'éviter que des préoccupations liées au travail ne viennent distraire les participants et adopter une philosophie organisationnelle exprimant la valeur des pratiques exemplaires par les politiques et les procédures. Élaborer de nouveaux outils d'évaluation et de documentation (Davies & Edwards, 2004).
- Identifier et soutenir les champions des pratiques exemplaires au sein de chaque unité dans le but de promouvoir et de soutenir l'implantation. Souligner les étapes clés et les réussites, reconnaître le travail bien fait (Davies & Edwards, 2004).
- Les établissements qui implantent cette ligne directrice devraient adopter une gamme de méthodes d'auto-apprentissage, d'apprentissage collectif, de mentorat et d'enrichissement qui, au fil du temps, contribueront à parfaire les connaissances et à accroître la confiance des infirmières qui planteront cette ligne directrice.
- Au-delà d'infirmières chevronnées, l'infrastructure nécessaire à l'implantation de cette ligne directrice comprend l'accès à de l'équipement spécialisé et à du matériel de traitement. Il faut offrir au personnel une orientation sur l'utilisation de produits spécifiques et planifier des formations d'appoint périodiques.
- Le projet des bourses de perfectionnement en pratique clinique avancée de la RNAO est une autre ressource qui permet aux infirmières autorisées de l'Ontario de présenter une demande de bourse et de travailler avec un mentor chevronné dans le domaine clinique dont il est question dans la présente ligne directrice. Grâce à ce projet, l'infirmière boursière aura la possibilité de perfectionner ses compétences en matière de prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée.
- Champions – Identifier, former et soutenir les champions des pratiques exemplaires et intégrer des personnes qui possèdent une expertise du domaine dont il est question, qui ont des aptitudes à la facilitation et qui connaissent les principes de l'enseignement aux adultes, et ce, dans le but de soutenir, de former, de conseiller et de former d'autres infirmières au sein d'établissements pour assurer le transfert de connaissances.

En plus des conseils indiqués ci-dessus, la RNAO a élaboré des ressources qui sont disponibles sur le site Internet de l'organisme. Une trousse sur l'implantation des lignes directrices peut être utile si elle est utilisée d'une manière appropriée. Une description succincte de cette trousse est offerte à l'*Annexe F*. La version complète de ce document est également offerte en format PDF sur le site Internet de la RNAO : [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).

## *Processus de mise à jour et de révision des lignes directrices*

**L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario** se propose de mettre à jour les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers en procédant comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision) tous les trois ans suivant la dernière série de révisions.
2. Pendant la période de trois ans entre l'élaboration et la révision, le personnel affecté au programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO effectuera un suivi régulier des travaux pertinents dans la littérature spécialisée sur ce sujet.
3. Selon les résultats du suivi, le personnel affecté au programme pourra recommander de devancer la date de la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine apporteront leurs lumières dans la décision d'examiner et de réviser la ligne directrice avant l'échéance de trois ans.
4. Trois mois avant l'échéance de révision de trois ans, le personnel affecté au programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires commencera la planification du processus de révision comme suit :
  - A. Invitation de spécialistes du domaine à se joindre à l'équipe de révision. L'équipe de révision sera formée de membres du groupe original, ainsi que d'autres spécialistes recommandés.
  - B. Compilation des commentaires reçus, des questions rencontrées pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et expériences provenant des sites d'implantation.
  - C. Compilation des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique dans le domaine, des nouvelles études systématiques, des nouvelles méta-analyses, des nouvelles études techniques et des nouvelles recherches contrôlées randomisées, ainsi que d'autres éléments pertinents de la littérature spécialisée.
  - D. Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.

La nouvelle version de la ligne directrice sera diffusée selon les structures et les processus établis.



## Références

- AGREE Collaboration (2001). *Appraisal of guidelines for research and evaluation*. AGREE Collaboration. Disponible : <http://www.agreecollaboration.org>
- Alderson, P., Green, S. & Higgins, J. (éditeurs) (2004). *Cochrane Reviewer's Handbook 4.2.2* (mis à jour en décembre 2003). Disponible : <http://www.cochrane.org/resources/handbook>
- American Geriatric Society, British Geriatric Society & American Academy of Orthopedic Surgeons Panel on Falls Prevention (2001). « Guidelines for the prevention of falls in older persons. » *Journal of the American Geriatric Society*, 49(5), 664–672.
- American Medical Directors Association (AMDA) (1998). *Falls and fall risk : Clinical practice guideline*. Disponible : <http://www.amanda.com>
- Assemblée législative de l'Ontario (2001). *Loi 85 : Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*. Toronto (Ontario) : Bibliothèque de l'Assemblée législative.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002). *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Toronto : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2003). *Dépistage du délire, de la démence et de la dépression chez la personne âgée*. Toronto : Auteur.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie L.C. & Nickleson, L. (1999). « Hospital consolidation : Applying stakeholder analysis to merger lifecycle. » *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11–20.
- Becker, C., Kron, M., Lindemann, U., Sturm, E., Eichner B. & Walter-Jung & al. (2003). « Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. » *Journal of the American Geriatric Society*, 51(3), 306–313.
- Bischoff, H. A., Stahelin, H.B., Dick, W., Akos, R., Knecht, M., Salis C. & al. (2003). « Effects of Vitamin D and calcium supplementation on falls : A randomized controlled trial. » *J.Bone Miner.Res.*, 18(2), 343–351.
- Bischoff-Ferrari, H. A., Dawson-Hughes, B., Willett, W. C., Staehelin, H. B., Bazemore, M. G., Zee, R. Y. & al. (2004). « Effect of Vitamin D on falls : A meta-analysis. » *Journal of the American Medical Association*, 291(16), 1999–2006.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. & al. (1999). « Consensus development methods : Review of the best practice in creating clinical guidelines. » *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236–248.
- Brouwer, B. J., Walker, C., Rydahl S. J. & Culham, E. G. (2003). « Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs : A randomized trial. » *Journal of American Geriatric Society*, 51(6), 829–834.
- Brown, C. J. & Norris, M. (2004). *Falls : Physician's Information and Education Resource (PIER)*. American College of Physicians. Disponible : <http://pier.acponline.org/physicians/screening/s168/pdf/s168.pdf>
- Canadian Institute for Health Information (2004). *Ontario trauma registry analytic bulletin : Major head and spinal cord injury hospitalizations in Ontario, 2001-2002. Rapport de l'ICIS*. Disponible : <http://www.cihi.ca>
- Canadian Task Force on Preventative Health Care (1997). *Quick tables by strength of evidence*. Disponible : <http://www.ctfphc.org>
- Capezuti, E., Maislin, G., Strumpf, N. & Evans, L. (2002). « Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. » *Journal of the American Geriatric Society*, 50(1), 90–96.
- Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G. & Moran, S. (1997). *Appraisal instrument for clinical practice guidelines*. St. George's Hospital Medical School, England. Disponible : <http://www.sghms.ac.uk/phs/hceu>

## Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée

College of Nurses of Ontario (2004). *Restraints*. Toronto : Auteur

Cummings, S., Nevitt, M., Browner, W., Stone, K., Fox, K., Ensrud, K. & al. (1995). « The study of osteoporosis fractures research group : Risk factors for hip fractures in white women. » *The New England Journal of Medicine*, 332(12)763–773.

Davies, B. & Edwards, N. (2004). « RNs measure effectiveness of best practice guidelines. » *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21–23.

Donald, I. P., Pitt, K., Armstrong, E. & Shuttleworth, H. (2000). « Preventing falls in an elderly care rehabilitation ward. » *Clinical Rehabilitation*, 14(2), 178–185.

Dyer, C. A., Taylor, G. J., Reed, M., Dyer, C. A., Robertson, D. R. & Harrington, R. (2004). « Falls prevention in residential care homes : A randomised controlled trial. » *Age and Ageing*, 33(6), 596–602.

Evans, D., Wood, J. & Lambert, L. (2003). « Patient injury and physical restraint devices : A systematic review. » *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282.

Field, M. J. & Lohr, K. N. (Eds.) (1990). *Guidelines for clinical practice : directions for a new program*. Washington, D.C. : Institute of Medicine, National Academy Press.

Gillespie, L. D., Gillespie, W. J., Robertson, M. C., Lamb, S. E., Cumming R. G. & Rowe, B. H. (2004). *Interventions for preventing falls in elderly people (Cochrane review)*. The Cochrane Library. Oxford : John Wiley & Sons, Ltd.

Graham, I., Harrison, M., Brouwers, M., Davies B. & Dunn, S. (2002). « Facilitating the use of evidence in practice : Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. » *Journal of Obstetric, Gynecological, & Neurological Nursing*, 31(5), 599–611.

Haines, T. P., Bennell, K. L., Osborne, R. H. & Hill, K. D. (2004). « Effectiveness of a targeted falls prevention program in a subacute hospital setting : A randomised controlled trial. » *British Medical Journal*, 328(7441), 676.

Healey, F., Monro, A., Cockram, A., Adams, V. & Heseltine, D. (2004). « Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients : A randomised controlled trial. » *Age and Ageing*, 33(4), 390–395.

Hendrich, A., Nyhuuis, A., Kppenbrock, T. & Soja, M. E. (1995). « Hospital falls : Development of predictive model for clinical practice. » *Appl Nurs Res*, 8(3), 129–139.

Institut canadien d'information sur la santé (2000). *Les chutes sont les grandes responsables des admissions aux hôpitaux canadiens de soins de courte durée à la suite de blessures. Rapport de l'ICIS*. Disponible : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=media\\_27feb2002\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_27feb2002_f)

Institut canadien d'information sur la santé (2002). *Coûts hospitaliers des admissions en raison de traumatismes, Canada 2000-2001. Rapport de l'ICIS*. Disponible : <http://www.cihi.ca>

Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J. & Gavaghan, D. J. & al. (1996). « Assessing the quality of reports of randomized clinical trials : Is blinding necessary? » *Control Clin Trials*, 17(1), 1–12.

Jensen, J., Lundin-Olsson, L., Nyberg, L. & Gustafson, Y. (2002). « Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. A cluster randomized trial. » *Annals of Internal Medicine*, 136(10), 733–741.

Jensen, J., Nyberg, L., Gustafson, Y. & Lundin-Olsson, L. (2003). « Fall and injury prevention in residential care — effects in residents with higher and lower levels of cognition. » *Journal of the American Geriatric Society*, 51(5), 627–635.

Joanna Briggs Institute (1998). « Falls in hospitals. » *Best Practice*, 2, 1–6.

Johnston, L. (2005). « Critically appraising quantitative evidence. » In *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Mazurek-Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (Eds.). Philadelphia : Lipponcott, Williams, and Wilkins.

Kallin, K., Jensen, J., Lundin-Olsson, L., Nyberg, L. & Gustafson, Y. (2004). « Why the elderly fall in residential care facilities, and suggested remedies. » *The Journal of Family Practice*, 53(1), 41–52.

## Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Kannus, P., Parkari, J., Koskinen, S., Niemi, S., Palvanen, M., Jarvinen, M. & al. (1999). « Fall induced injuries and deaths among older adults. » *Journal of the American Medical Association*. Disponible : <http://www.jama.ama-assn.org/issues/v281n20/full/joc81206.html>
- Kerse, N., Butler, M., Robinson, E. & Todd, M. (2004). « Fall prevention in residential care : A cluster, randomized, controlled trial. » *Journal of the American Geriatric Society*, 52(4), 524–531.
- Kiely, D., Keil, D., Burrows, A. & Lipsitz, L. A. (1998). « Identifying nursing home residents at risk of falling. » *Journal of the American Geriatric Society*, 46(3), 551–555.
- Ledford, L. (1996). « Prevention of falls researched-based protocol. » In M. G. Titler (Series Ed.), *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults*, Iowa City, I. A. : The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.
- Leipzig, M. R., Cumming, G. R. & Tinetti, E. M. (1999a). « Drugs and falls in older people : A systematic review and meta-analysis I : Psychotropic drugs. » *Journal of American Geriatric Society*, 47(1), 30–39.
- Leipzig, M. R., Cumming, G. R. & Tinetti, E. M. (1999b). « Drugs and falls in older people : A systematic review and meta-analysis II : Cardiac and analgesic drugs. » *Journal of American Geriatric Society*, 47(1), 40–50.
- Luukinen, H., Koski, K., Laippala, P. & Kivela, S. L. (1995). « Incidence of injury-causing falls among older adults by place of residence : A population-based study. » *Journal of the American Geriatric Society*, 43(8), 871–876.
- Miceli, D., Strumpf, N., Reinhard, S., Zanna, M. & Fritz, E. (2004). « Current approaches to postfall assessment in nursing homes. » *Am Med Dir Assoc.*, 5(6), 387–394.
- Moreland, J., Richardson, J., Chan, D. H., O'Neill, J., Bellissimo, A., Grum, R. M. & al. (2003). « Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. » *Gerontology*, 49(2), 93–116.
- Morse, J. M., Morse, R. & Tylko, S. (1989). « Development of a scale to identify the fall-prone patient. » *Can J. Aging*, 8, 366–377.
- Mulrow, C. D., Gerety, M. B., Kanten, D., Connell, J. E., DeNino, L. A. & Chiodo, L. & al. (1994). « A randomized trial of physical rehabilitation for very frail nursing home residents. » *Journal of the American Medical Association*, 271(7), 519–524.
- National Ageing Research Institute (2000). *An analysis of research on preventing falls and injury in older people : Community residential aged care and acute care settings*. Australia Commonwealth Department of Health and Aged Care Injury Prevention Section. Disponible : <http://www.mednwn.unimelb.edu.au>
- National Centre for Injury Prevention and Control (2004). *Injuries topics and fact sheets*. National Centre for Injury Prevention and Control. Disponible : <http://www.cdc.gov/ncipc/cmprefact.htm>
- National Health and Medical Research Centre (1998). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. National Health and Medical Research Centre. Disponible : [www.ausinfo.gov.au/general/gen\\_hottobuy.htm](http://www.ausinfo.gov.au/general/gen_hottobuy.htm)
- Neutel, C. I., Perry, S. & Maxwell, C. (2002). « Medication use and risk of falls. » *Pharmacoepidemiology Drug Safety*, 11(2), 97–104.
- Nowalk, M. P., Prendergast, J. M., Bayles, C. M., D'Amico, F. J. & Colvin, G. C. (2001). « A randomized trial of exercise programs among older individuals living in two long-term care facilities : The Fallsfree Program. » *Journal of the American Geriatric Society*, 49(7), 859–865.
- Oliver, D., Britton, M., Seed, P., Martin, F. C. & Happer, A. H. (1997). « Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall : Case-control and cohort studies. » *British Medical Journal*, 315(7115), 1049–1053.
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C. & McMurdo, M. E. (2004). « Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients : A systematic review. » *Age and Ageing*, 33(2), 122–130.

## Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée

Ontario Hospital Association (2001). *Report of the restraints task force*. Toronto : Auteur.

Parker, M. J., Gillespie, L. D. & Gillespie, W. J. (2001). « Hip protectors for preventing fractures in the elderly (Cochrane Review). » *The Cochrane Library*. Oxford : John Wiley & Sons, Ltd.

Queensland Health (2003). *Falls prevention : Best practice guideline*. Disponible : [http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best\\_practice/default.asp](http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best_practice/default.asp)

Ray, W. A., Thapa, P. B. & Gideon, P. (2002). « Misclassification of current benzodiazepine exposure by use of a single baseline measurement and its effects upon studies of injuries. » *Pharmacoepidemiol Drug Safety*, 11(8), 663–669.

Registered Nurses' Association of Ontario (2004). *Caregiving strategies of older adults with delirium, dementia and depression*. Toronto : Auteur.

Rubenstein, L., Josephson, K. & Osterweil, D. (1996). « Falls and fall prevention in the nursing home. » *Clinics in Geriatric Medicine*, 12(4), 881–902.

Rubenstein, L. Z., Robbins, A. S., Josephson, K. R., Schulman, B. L. & Osterweil, D. (1990). « The value of assessing falls in an elderly population. A randomized clinical trial. » *Annals of Internal Medicine*, 113(4), 308–316.

Salgado, R. I., Lord, S. R., Ehrlich, F., Janji N. & Rahman, A. (2004). « Predictors of falling in elderly hospital patients. » *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(3), 213–219.

Salisbury Lyon, S. (2004). « Fall prevention for older adults evidence-based protocol. » In M. G. Titler (Series Ed.), *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults*, Iowa City, IA : The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Shanley, C. (2003). « Falls and injury reduction in residential aged care. » *CN* 15(1–2), 81–93.

Smartrisk (2004a). *Facts on falls*. SMARTRISK. Disponible : <http://www.smartrisk.ca/ContentDirector.aspx?tp=671>

Smartrisk (2004b). *Facts on hip fractures*. SMARTRISK. Disponible : <http://www.smartrisk.ca/ContentDirector.aspx?tp=760>

Smartrisk (2004c). *The cost of falls*. SMARTRISK. Disponible : <http://www.smartrisk.ca/ContentDirector.aspx?tp=675>

Thapa, P. B., Gideon, P., Cost, T. W., Milam, A. B. & Ray, W. A. (1998). « Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. » *N.Engl.J.Med.*, 339(13), 875–882.

University of Iowa (1996). *Prevention of falls*. Iowa City : Gerontological Nursing Interventions Research Center Academic Institution.

van Schoor, N., Deville, W., Bouter, L. & Lips, P. (2002). « Acceptance and compliance with external hip protectors : A systematic review of the literature. » *Osteoporos Int*, 13(12), 917–924.

Vassallo, M., Vignaraja, R., Sharma, J. C., Briggs, R & Allen, S. C. (2004a). « Predictors for falls among hospital inpatients with impaired mobility. » *J R Soc Med*, 97(6), 266–269.

Vassallo, M., Vignaraja, R., Sharma, J. C., Hallam, H., Binns, K., Briggs, R. & al. (2004b). « The effect of changing practice on fall prevention in a rehabilitative hospital : The Hospital Injury Prevention Study. » *Journal of the American Geriatric Society*, 52(3), 335–339.

Verhagen, A. P., Immink, M., van der Meulen, A. & Bierma-Zeinstra, S. M. (2004b). « The efficacy of Tai Chi Chuan in older adults : A systematic review. » *Family Practice*, 21(1), 107–113.

Weigand, J. V. & Gerson, L. W. (2001). « Preventive care in the emergency department : Should emergency departments institute a falls prevention program for elder patients? A systematic review. » *Acad.Emerg.Med*, 8(8), 823–826.

Wolf, S. L., Sattin, R. W., Kutner, M., O'Grady, M., Greenspan, A. I. & Gregor, R. J. (2003). « Intense Tai Chi exercise training for fall occurrences in older, transitionally frail adults : A randomized, controlled trial. » *Journal of the American Geriatric Society*, 51(12), 1693–1701.

## Bibliographie

American Academy of Family Physicians (2001). *Leg Problem. Family Health and Medical Guide*. Disponible : <http://www.familydoctor.org>

American Academy of Orthopaedic Surgeons (2001). *Don't let a fall be your last trip*. American Academy of Orthopaedic Surgeons.

American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery, Inc. (2000). *Where do we fall?* American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery Inc. Disponible : <http://www.entnet.org/fall.html>

Barrows, H. (1994). *Practice-based learning : Problem-based learning applied to medical education*. Springfield, IL : Southern Illinois University School of Medicine.

Bath, A. P., Pendleton, N., Morgan, K., Clague, E. J., Horan, A. M. & Lucas, B. S. (2000). « New approach to risk determination : Development of risk profile for new falls among community dwelling older people by use of a genetic algorithm neural network (GANN). » *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, 55A, M17–M21.

Bell, J. A., Talbot-Stern, K. J. & Hennessy, A. (2000). « Characteristics and outcomes of older patients presenting to the emergency department after a fall : A retrospective analysis. » *MJA*, 173, 179–82.

Binder, E. F. (1995). « Implementing a structured exercise program for frail nursing home residents with dementia : Issues and challenges. » *JAPA*, 3, 383–395.

Blain, H., Vuillemin, A., Blain, A. & Jeandel, C. (2000). « Les effets préventifs de l'activité physique chez la personne âgée. » *Presse Med*, 29, 1240–1248.

Botti, M. & Reeve, R. (2003). « Role of knowledge and ability in student nurses' clinical decision-making. » *Nursing and Health Science*, 5, 39–49.

Brown, J. P., Jose, R. G., pour le Conseil consultatif scientifique de La Société de l'ostéoporose du Canada (2002). « Lignes directrices de la pratique clinique 2002 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada. » *Journal de l'Association médicale canadienne*, 167(10), S1–S34.

Brown, P. A. (1999). « Reducing falls in elderly people : A review of exercise interventions. » *Physiotherapy Theory and Practice*, 15, 59–68.

Buchner, M. D. (1997). « Preserving mobility in older adults. » *WJM*, 167, 258–264.

Burrows, E. (1999). *What evidence exists for the effectiveness of fall prevention strategies for older patients in institutionalized settings?* Southern HealthCare Network. Disponible : <http://www.med.monash.edu.au/publichealth/cce/>

Burrows, E. & Anderson, J (1998). « Identification and measurement of falls risk in elderly community dwelling adults. » Southern HealthCare Network. Disponible : <http://www.med.monash.edu.au/publichealth/cce/evidence/pdf>

Capezuti, E., Strumpf, E. N., Evans, K. L., Grisso, A. J. & Maislin, G. (2001). « The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. » *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, 543A(1), M47–M52.

Carson, M. & Cook, J. (2000). « A strategic approach to falls prevention. *British Journal of Clinical Governance*. » Disponible : <http://www.tamino.anbar.com/vl=759490/cl=10/nw=1/fm=docpdf/rpsv/cw/mcb>

Chu, L., Pei, C. K., Chin, A., Liu, K., Chu, M. M., Wong, S. & Won, A. (1999). « Risk factors for falls in hospitalized older medical patients. » *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 54(1), M38–M43.

Close, J., Ellis, M., Hooper, R., Glucksman, E., Jackson, S. & Swift, C. (1999). « Prevention of falls in the elderly trial (PROFET) : A randomized controlled trial. » *The Lancet*, 353, 93–97.

## Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée

Coker, E. & Oliver, D. (2003). « Evaluation of the STRATIFY falls prediction tool on a geriatric unit. » *Outcome Management*, 7, 8–14.

Commonwealth Department of Health and Aged Care. Disponible : <http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/injury/index.htm>

Connell B. R., (1996). « Role of the environment in falls prevention. » *Clinics of Geriatric Medicine*, 12, 859–880.

Cumming, G. R., Thomas, M., Szonyi, G., Salkeld, G., O'Neill, E., Westbury, C. & Frampton, G. (1999). « Home visits by an occupational therapist of assessment and modification of environmental hazards : A randomized trial of falls prevention. » *Journal of the American Geriatric Society*, 47, 1397–1402.

David, A., McCabe-Bender, J. & Tiedeken, K. (1999). « Fall risk assessment of hospitalized adults and follow-up study. » *Journal for Nurses in Staff Development*. Disponible : <http://www.nursingcenter.com>

Department of Health and Aged Care (2000). *National falls prevention for older people initiative "step out with confidence" : A study into the information needs and perceptions of older Australians concerning falls and their prevention*. Commonwealth Department of Health and Aged Care. Disponible : <http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/injury/index.htm>

Duxbury, S. A. (2000). « Gait disorders and fall risk : Detection and prevention. » *Comp Ther*, 26, 238–245.

Elford, W. R. (1993). *Prevention of household and recreational injuries in the elderly*. Canadian Task Force on Preventative Health Care. Canadian Task Force on preventive Health Care. Disponible : <http://www.ctfphc.org>

External Reference Group of the NHS (2001). *National service framework for older people : Executive summary*. DH Department of Health. Disponible : <http://www.doh.gov.uk/nsf/olderpeopleexecstand.htm>

Feder, G., Cryer, C., Donovan, S. & Carter, Y. (2000). « Guidelines for the prevention of falls in people over 65. » *British Medical Journal*. Disponible : <http://www.bmj.com>

Forwood, R. M. (2000). « Exercise recommendations for osteoporosis : A position statement of the Australian and New Zealand bone and mineral society. » *Australian Family Physician*, 29, 761–764.

Frels, C., Williams, P., Narayanan, S. & Gariballa, S. (2002). « Iatrogenic causes of falls in hospitalised elderly patients : A case-control study. » *Postgrad Med J* 78, 487–489.

Fuller, F. G. (2000). « Falls in the elderly. » *American Family Physician*, 61, 2159–2168.

Geriatric Rehabilitation (1996). *Drugs-related falls in the older adult*. Disponible : <http://www.agatha.york.ac.uk/darehp.htm>

Haumschild, M. J., Karfonta, T. L., Haumschild, M. S. & Phillips, S. E. (2003). « Clinical and economic outcomes of a fall-focused pharmaceutical intervention program. » *Am J Health Syst Pharm*, 60(10), 1029–1032.

Hendrie, D., Hall, S., Arena, G. & Legge, M. (2004). « Health system costs of falls of older adults in Western Australia. » *Aust Health Rev* 28(3), 363–73.

Hill-Westmoreland, E. E., Soeken, K. & Spellbring, A. M. (2002). « A meta-analysis of fall prevention programs for the elderly : How effective are they? » *Nursing Research*, 51(1), 1–8.

Huang, T. & Acton, G. J. (2004). « Effectiveness of home visit falls prevention strategy for Taiwanese community-dwelling elders : Randomized trial. » *Public Health Nursing*, 21(3), 247–256.

Institut canadien d'information sur la santé (2004). *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada. Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés*. <http://www.cihi.ca>

Ivers, R. Q., Cumming, R. G., Mitchell, P. & Attebo, K. (1998). « Visual impairment and falls in older adults : The Blue Mountain Eye Study. » *Journal of the American Geriatric Society*, 46(1).

Kannus, P. (1999). « Preventing osteoporosis, falls, and fractures among elderly people. » *British Medical Journal*. Disponible : <http://www.bmj.com>

## Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Kannus, P., Parkari, J., Niemi, S., Pasanen, M., Palvanen, M., Jarvinen, M. & I. Vuori, I. (2000). « Prevention of hip fractures in elderly people with use of a hip protector. » *New England Journal of Medicine*, 343, 1506–1513
- Knight, C. M., Moule, P. & Desbottes, Z. (2000). « The grid that bridges the gap. » *Nurse Education Today*, 20, 116–122.
- Lewis, S. (2000). *The basics on fall-proofing your home*. NSC Family Safety & Health Fall Proofing. Disponible : <http://www.nsc.org/pubs/fsh/archive/fall00/falls.htm>
- Liste complète des vignettes de la catégorie « Les chutes et les blessures à domicile » (2001). « Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s : les chutes et les blessures à la maison. » Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1997. Statistique Canada. *Causes de décès*, 1993. Gallagher, E. *Falls and the Elderly : Community Paper Series*. Disponible : [http://www.naca.ca/vignette/vig73\\_f.htm](http://www.naca.ca/vignette/vig73_f.htm)
- Liu, A. B., Topper, K. A., Reeves, A. R., Gryfe, C. & Maki, E. B. (1995). « Falls among older people : Relationship to medication use and orthostatic hypotension. » *Journal of the American Geriatric Society*, 43, 1141–1145.
- Lord, S. R., March, L. M., Cameron, I. D., Cumming, R. G., Schwarz, J., Zochling, J. & al. (2003). « Differing risk factors for falls in nursing home and intermediate-care residents who can and cannot stand unaided. » *Journal of the American Geriatric Society*, 51(11), 1645–1650.
- Lowery, K., Buri, H. & Ballard, C. (2000). « What is the prevalence of environmental hazards in the homes of dementia sufferers and are they associated with falls? » *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 883–86.
- MacAvoy, S., Skinner, T. & Hines, M. (1996). « Clinical methods : Fall risk assessment tool. » *Applied Nursing Research*, 9, 213–218.
- Mayo Clinic Health Letter (2001). *Falls : You can reduce your risk*. Healthy Living Centers. Disponible : <http://www.mayoclinic.com>
- McCollam, E. M. (1995). « Evaluation and implementation of a research-based falls assessment innovation. » *Nursing Clinics of North America*, 30, 507–514.
- Mercer, L., (1997). « Falling out of favour. » *Australian Nursing Journal*, 4, 27–29.
- Miceli D., Strumpf, N., Reinhard, S., Zanna, M. & Fritz, E. (2004). « Current approaches to postfall assessment in nursing homes. » *Am Med Dir Assoc.*, 5(6), 387–94
- Moyer, A., Aminzadeh, F. & Edwards, N. (1998). *Falls in later life*. Centre de recherche sur la santé communautaire, Université d'Ottawa. Disponible : <http://www.uottawa.ca/academic/med/epid/phlist.htm>
- Myers, H. A., Young, Y. & Langlois, A. J. (1996). « Prevention of falls in the elderly. » *Bone*, 18, 875–1015.
- National Centre for Injury Prevention and Control (2000a). *Falls and hip fractures among older adults*. National Centre for Injury Prevention and Control. Disponible : <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/falls.htm>
- National Centre for Injury Prevention and Control (2000b). *Falls in nursing homes*. National Centre for Injury Prevention and Control. Disponible : <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/nursing.htm>
- National Centre for Injury Prevention and Control (2000c). *Falls among older adults-summary of research findings*. National Centre for Injury Prevention and Control. Disponible : <http://www.cdc.gov/ncipc/SummaryOfFalls.htm> 51
- National Centre for Injury Prevention and Control (2000d). *Preventing falls among older adults*. Centers of Disease Control and Prevention. Disponible : <http://www.cdc.gov/safeusa/olderfalls.htm>
- National Institutes of Health Osteoporosis and Related Bone Diseases National Resource Center (1999). *Falls and fracture prevention*. NIH ORBD-NRC. Disponible : <http://www.osteoporosis.org>
- New, A. S. (2000). *Bone fragility and risk of fracture : Current concepts and implications for clinical practice*. Medscape Resources Web Site. Disponible : [http://www.medscape.com/cno/2000/WCO/Story.cfm?story\\_id=1400](http://www.medscape.com/cno/2000/WCO/Story.cfm?story_id=1400)

## Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée

North York Public Health Department (2000). « Fall prevention clinics minimize risk, maximize independence : A physician's guide to the key issues and current trends in geriatric medicine and research. » *Geriatrics and Ageing*. Disponible : <http://www.cihi.ca>

Norton, R. & Butler, M. National Health Committee on Health and fall-related injuries among institutionalized older people. National Health Committee on Health and Disability. Disponible : <http://www.nhc.govt.nz/pub/fall2/index.htm>

Ontario Injury Prevention Resource Centre – ASPO (2001). « Section C : preventing injuries due to falls in the elderly. » *Best Practice Programs for Injury Preventions*. Disponible : <http://www.injury@web.net>

Ontario Ministry of Health and Long-term Care (2000). *Putting the PIECES together : A psychogeriatric guide and training program for professionals providing long-term care in Ontario* (2e édition). Toronto : Queen's Printer for Ontario.

Ontario Public Health Association (1996). *Making a Difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto : Government of Ontario.

Patrick, L., Leber, M., Scrim, C., Gendron, I. & Eisener-Parsche, P. (1999a). « A standardized assessment and intervention protocol for managing risk for falls on a geriatric rehabilitation unit. » *Journal of Gerontological Nursing*, 25(4), 40–47

Perell, K. L., Nelson, A., Goldman, R. L., Luther, S. L., Prieto-Lewis, N. & Rubenstein, L.Z. (2001). « Fall risk assessment measures : An analytic review. » *Journal of Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 56(12), M761–M766.

Price, A. & Price, B. (2000). « Problem-based learning in clinical practice facilitating critical thinking. » *Journal of Nurses Staff Development*, 16(6), 257–64

Rockwood, K., Stolee, P. & Fox, R. A. (1993). « Use of goal attainment scaling in measuring clinically important changes in the frail elderly. » *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(10), 11–13.

Rosedale, M. (2001). « A synthesis of recent research. » *Caring Magazine*. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

SAUVE-QUI-PENSE (2001). *Le fardeau économique des blessures non intentionnelles en Ontario : Résumé*. SAUVE-QUI-PENSE. Disponible : <http://www.smartrisk.ca/ContentDirector.aspx?tp=1500>

Schwab, M., Roder, F., Morike, K., Thon, K.-P. & Klotz, U. (1999). « Prevention of falls-correspondence. » *The Lancet*, 353, 98–99.

Scott, V. J. & Gallagher, E. M. (1999). « Mortality and morbidity related to injuries from falls in British Columbia. » *Canadian Journal of Public Health*, 90(5), 343–7.

Sheahan, L. S., Coons, J. S., Robbins, A. C., Martin, S. S., Hendricks, J. & Latimer, M. (1995). « Psychoactive medication, alcohol use, and falls among older adults. » *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 127–140.

Shumway-Cook, A., Brauer, S. & Woollacott, M. (2000). « Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the timed up and go test. » *Physical Therapy*, 80, 896–903.

Steinweg, K. K. (1997). « The changing approach to falls in the elderly. » *American Family Physician*. Disponible : <http://www.aafp.org>

Stevens, A. J. & Olson, S. (2000). *Reducing falls and resulting hip fractures among older women*. National Centre for Injury Prevention and Control. Disponible : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4902a2.htm>

Swift, G. C. (2001). « Falls in late life and their consequences-implementing effective services. » *British Medical Journal*. Disponible : <http://www.bmj.com>

Taaffe, R. D. & Marcus, R. (2000). « Musculoskeletal health and the older adult. » *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 37, 245–254.

The Journal of the American Medical Association (1999). « Falling and the elderly. » *JAMA*. Disponible : <http://www.nih.gov/nia>



## *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

- Tinetti, M. E., Richman, D. & Powell, L. (1990). « Falls efficacy as a measure of fear of falling. » *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 45, 239–243.
- van Dijk, T. M. P., Meulenberg, G. R. M. O., van de Sande, J. H. & Habbema, D. F. J. (1993). « Falls in dementia patients. » *The Gerontologist*, 33(2), 200–204.
- VanSwearingen, M. J., Paschal, A. K., Bonino, P. & Chen, T.W. (1998). « Assessing randomized recurrent fall risk of community-dwelling, frail older veterans using specific tests of mobility and the physical performance test of function. » *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, 53A, M457–M464.
- Vassallo, M., Wilkinson, C., Stockdale, R., Malik, N., Bake, R. & Allen, S. (2005). « Attitudes to restraint for the prevention of falls in hospital. » *Gerontology*, 51(1), 66–70.
- Vellas, J. B., Wayne, J. S., Romero, L., Baumgartner, N. R., Rubenstein, Z. L. & Garry, J. P. (1997). « One leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons : Brief reports. » *Journal of the American Geriatric Society*, 45, 735–738
- Wayne, A., Purushottam, B. & Gideon, P. (2002). « Misclassification of current benzodiazepine exposure by use of a single baseline measurement and its effects upon studies of injuries. » *Pharmacoepidemiology and Drug Safety II*, 663–669.
- Wolf, L. S., Barnhart, X. H., Kutner, G. N., McNeely, E., Coogler, C. & Xu, T. (1996). « Reducing frailty and falls in older persons : An investigation on a Tai Chi and computerized balance training : Clinical investigation. » *Journal of the American Geriatric Society*, 44(5), 489–497.

## ***Annexe A : Méthode de recherche des données probantes existantes***

La méthode de recherche préconisée au cours de la révision de cette ligne directrice s'articulait autour de deux sphères principales, la première étant le repérage des nouvelles lignes directrices publiées sur le sujet de la prévention des chutes et des blessures associées depuis la publication de la ligne directrice initiale, en 2002, et la seconde le repérage des revues systématiques et des études principales publiés à ce sujet entre 2002 et 2004.

### **ÉTAPE 1 – Recherche dans la BASE DE DONNÉES**

C'est un bibliothécaire en sciences de la santé d'une université qui a fouillé des bases de données à la recherche de données probantes sur la prévention des chutes et des blessures associées. En août 2004, il a fouillé pour la première fois dans les bases de données Medline, Embase et CINAHL à la recherche des lignes directrices et des études publiées de 2001 à 2004. Il a fait de nouvelles recherches dans la base de données PubMed en octobre 2004. La méthode PICO (population (clientèle), intervention, mesure de contrôle, résultat) a servi à générer les paramètres des questions d'ordre clinique et à orienter la recherche. Les composantes de la méthode PICO sont les suivantes :

- catégorie de population (clientèle) visée
- catégorie d'intervention à l'étude
- catégorie de mesure de contrôle servant de comparaison
- résultats à traiter

Les paramètres de chaque composante sont énumérés ci-dessous.

- population (clientèle) : personnes âgées de plus de 65 ans vivant en établissement
- Interventions
  - Clientèle spéciale
  - Chaussures
  - Stratégies cognitives, démence
  - Protecteurs de hanche, sécurité à la maison, risque à la maison
  - Auto-soins, activités de la vie quotidienne (AVQ), habiletés de vie
  - dépistage du risque, risque de chute ou facteurs de risque
  - tai-chi
  - équilibre, démarche, mobilité, force
  - exercice
  - programme multifactoriel ou à intervention unique
  - vitamine D, calcium
  - vision
  - continence
  - efficacité
- Contrôle – aucune intervention ou intervention substitutive
- Résultats – réduction du nombre de chutes, réduction du nombre de blessures causées par les chutes

Voici un exemple de question d'ordre clinique : l'exercice réduit-il l'incidence de chute chez la personne âgée en établissement par rapport à celles qui ne font pas d'exercice (ou qui ont subi une autre intervention de « contrôle »)?

## ÉTAPE 2 – Recherche structurée de sites Internet

En juillet 2004, quelqu'un a parcouru une liste de sites Web afin de trouver des renseignements sur le sujet. On a dressé cette liste, examinée et mise à jour en mai 2004, en tenant compte des sites Web connus traitant des pratiques basées sur des données probantes, des rédacteurs de lignes directrices connus et des recommandations tirées de la littérature spécialisée. Pour chaque site consulté, on a noté la présence ou l'absence de lignes directrices et indiqué la date de consultation. Parfois, on ne retrouvait aucune ligne directrice sur les sites, mais on trouvait par contre des liens vers d'autres sites ou d'autres sources qui présentaient des lignes directrices. On a soit téléchargé, soit commandé par téléphone ou par courrier électronique les versions intégrales des lignes directrices.

- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé : <http://www.cadth.ca/>
- Agency for Healthcare Research and Quality : <http://www.ahrq.gov>
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research – Health Technology Assessment : <http://www.ahfmr.ab.ca/hta>
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines : <http://www.albertadoctors.org>
- American College of Chest Physicians : <http://www.chestnet.org/guidelines>
- American Medical Association : <http://www.ama-assn.org>- Bandolier Journal : <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier>
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines : <http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/index.html>
- British Medical Journal – Clinical Evidence : <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp>
- Canadian Centre for Health Evidence : <http://www.cche.net/che/home.asp>
- Canadien Task Force on Preventive Health Care : <http://www.ctfphc.org>
- Centers for Disease Control and Prevention : <http://www.cdc.gov>
- Centre for Evidence-Based Mental Health : <http://cebmh.com>
- Centre for Evidence-Based Nursing : <http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>
- Centre for Evidence-Based Pharmacotherapy : <http://www.aston.ac.uk/lhs/teaching/pharmacy/cebep>
- Centre for Health Evidence : <http://www.cche.net/che/home.asp>
- Centre for Health Services and Policy Research : <http://www.chspr.ubc.ca>
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST) : <http://www.crestni.org.uk>
- CMA Infobase : Clinical Practice Guidelines : <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- Cochrane Database of Systematic Reviews : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME>
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) : <http://www.york.ac.uk/inst/crd/darehp.htm>
- Evidence-based On-Call : <http://www.eboncall.org>
- Guidelines Advisory Committee : <http://gacguidelines.ca>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : <http://www.cihi.ca>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences : <http://www.ices.on.ca>
- Institute for Clinical Systems Improvement : <http://www.icsi.org/index.asp>
- Institute of Child Health : <http://www.ich.ucl.ac.uk/ich>
- Joanna Briggs Institute : <http://www.joannabriggs.edu.au>

## Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée

- Lignes directrices sur la pratique clinique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada : [http://www.sogc.medical.org/index\\_f.asp](http://www.sogc.medical.org/index_f.asp)
- Medic8.com : <http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm>
- Medscape Women's Health : <http://www.medscape.com/womenshealthhome>
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness : <http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence>
- National Guideline Clearinghouse : <http://www.guidelines.gov>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) : <http://www.nice.org.uk>
- National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment Test (HSTAT) : <http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/screen/HquestHome/s/64139>
- Netting the Evidence : A SchARR Introduction to Evidence-Based Practice on the Internet : <http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/netting>
- New Zealand Guidelines Group : <http://www.nzgg.org.nz>
- NHS Centre for Reviews and Dissemination : <http://www.york.ac.uk/inst/crd>
- NHS Nursing & Midwifery Practice Development Unit : <http://www.nmpdu.org>
- NHS R & D Health Technology Assessment Programme : <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/htapubs.htm>
- NIH Consensus Development Program : <http://consensus.nih.gov/about/about.htm>
- PEDro : The Physiotherapy Evidence Database : [http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/french/index\\_french.html](http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/french/index_french.html)
- Réseau-centre canadien Cochrane : <http://www.cochrane.uottawa.ca>
- Royal College of General Practitioners : <http://www.rcgp.org.uk>
- Royal College of Nursing : <http://www.rcn.org.uk/index.php>
- Royal College of Physicians : <http://www.rcplondon.ac.uk>
- Sarah Cole Hirsh Institute – Online Journal of Issues in Nursing : <http://fpb.cwru.edu/HirshInstitute>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network : <http://www.sign.ac.uk>
- SUMSearch : <http://sumsearch.uthscsa.edu>
- The Qualitative Report : <http://www.nova.edu/ssss/QR>
- Trent Research Information Access Gateway : <http://www.shef.ac.uk/scharr/triage/TRIAGEindex.htm>
- TRIP Database : <http://www.tripdatabase.com>
- U.S. Preventive Service Task Force : <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
- Université Laval – Sites Internet de la Direction de l'information clinique : <http://132.203.128.28/medecine>
- Queen's University at Kingston : <http://post.queensu.ca/~bhc/gim/cpgs.html>
- University of California, San Francisco : <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>

### ÉTAPE 3 – Recherche sur le Internet à l'aide de moteurs de recherche

À l'aide du moteur de recherche « Google » et de critères de recherche clés, on a consulté des sites Internet pour trouver des lignes directrices sur la prévention des chutes et des blessures associées chez les aînés. On a confié la recherche à une première personne qui a consigné les résultats de cette recherche, les sites consultés, les dates ainsi qu'un résumé des résultats. Une autre personne a passé en revue les résultats de recherche et a identifié les nouvelles lignes directrices et la littérature spécialisée récente.

## ÉTAPE 4 – Recherche à la main et contribution de l'équipe

De plus, on a demandé aux membres de l'équipe de réviser leurs archives personnelles afin de trouver des lignes directrices que la méthode de recherche n'avait pas permis de découvrir. Toutefois, cette méthode n'a permis de trouver aucune autre ligne directrice sur la pratique clinique.

### RÉSULTATS DE RECHERCHE :

La méthode de recherche décrite ci-dessus a permis de trouver de nombreux résumés sur le sujet. Un adjoint à la recherche a ensuite fait le tri de ces résumés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion liés à la clientèle cible, à l'intervention, à la mesure de contrôle et au résultat. On a ainsi obtenu un ensemble de résumés dont on a récupéré les articles associés pour en évaluer la qualité.

De plus, on a repéré deux lignes directrices sur la pratique clinique publiées récemment que l'on a conservées à des fins d'examen, à savoir :

- Queensland Health (2003). *Falls prevention : Best practice guideline*.  
[http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best\\_practice/default.asp](http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best_practice/default.asp)
- Salsbury Lyon, S. (2004). « Fall prevention for older adults evidence-based protocol. Fall prevention for older adults evidence-based protocol. » In M. G. Titler (Series Ed.), *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults*, Iowa City, IA : The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

## Annexe B : Formulaire de sélection d'étude

Citation : \_\_\_\_\_

Nom du lecteur : \_\_\_\_\_ Date de l'examen : \_\_\_\_\_

Critères de sélection (cocher ceux qui s'appliquent)

Niveau de la preuve

Ia     Ib     IIa     IIb     III     IV

Clientèle

Les sujets ont-ils été admis dans un établissement?

Les sujets étaient-ils âgés de plus de 65 ans?

Ss = sujets

Mode d'intervention à l'étude

Aux fins de l'investigation des interventions portant sur des exercices multidimensionnels, les auteurs ont-ils appliqué une analyse suffisante pour déterminer l'apport des composantes individuelles?

Les interventions comportaient-elles au moins l'un des éléments suivants :

Clientèle spécifique

Chaussure

Stratégies cognitives, démence

Protecteur de hanche, sécurité à la maison, risques à la maison

Auto-soins, activités de la vie quotidienne, habiletés de vie

Dépistage du risque, risque de chute ou facteurs de risque

Tai-chi

Équilibre, démarche, mobilité, force

Exercice

Programme multifactoriel ou à intervention unique

Vitamine D, calcium

Vision

Continence

Efficacité

Intervention de contrôle

Le groupe contrôle a-t-il eu droit à une intervention de « contrôle » alternative (p. ex. : des brochures) ou à aucune intervention?

Résultats

L'un des résultats mesurés était-il un épisode de chute accidentelle documenté ou signalé?

MESURE À PRENDRE : Inclusion : \_\_\_\_\_ Exclusion : \_\_\_\_\_

Raison(s) de l'exclusion : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Annexe C : Outils d'évaluation des risques

### 1. Échelle de risque de Morse

Auteurs : Morse, J. M., Morse, R. & Tylko, S. (1989)

L'usage de l'Échelle de risque de Morse (ÉRM) (Morse, Morse & Tylko, 1989) est largement répandu dans les établissements de soins actifs, tant dans les hôpitaux que les établissements de soins de longue durée. L'ÉRM exige une évaluation systématique des facteurs de risque de chute d'un client dès son admission, après une chute, lorsque son état évolue, à son congé de l'hôpital ou à son transfert dans un nouvel endroit.

Disponible : The National Center for Patient Safety (NCPS)

<http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/Falls/FallPrev/Morse.html>

### 2. STRATIFY (St. Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients)

Auteurs : Oliver, D., Britton, M., Martin, F. C. & et Hopper, A. H. (1997).

L'outil d'évaluation du risque St. Thomas (STRATIFY) (Oliver & al., 1997) sert à l'identification des facteurs cliniques de risque de chute chez la personne âgée et à la prévision des probabilités de chute.

Pour en obtenir une copie, s'adresser au : D<sup>r</sup> Oliver

Adresse : Department of Elderly Care (Division of Medicine)  
United Medical and Dental Schools,  
St. Thomas's Hospital  
London SE1 7EH, Royaume-Uni

### 3. Hendrich II Fall Risk Model<sup>®</sup>

Auteurs : Hendrich, A., Nyhuis, A., Kppenbrock, T. & Soja, M. E. (1995).

Le *Hendrich II Fall Risk Model*<sup>®</sup> (Hendrich, Nyhuis, Kppenbrock & Soja, 1995) est utilisé tant à l'échelle nationale et qu'à l'échelle internationale pour dépister les patients qui présentent un risque de chute.

Personne-ressource : Ann Hendrich, Inc.  
P.O. Box 50346  
Clayton, MO 63105  
États-Unis d'Amérique  
Téléphone : (866) 653-6660

Pour des renseignements concernant les licences, consulter le site :

[http://www.ahendrichinc.com/new\\_license.php](http://www.ahendrichinc.com/new_license.php)

## *Annexe D : Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*

### Assemblée législative de l'Ontario

Projet de loi 85 : Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades.

*Titre : Loi visant à réduire au minimum l'utilisation des moyens de contention sur les malades des hôpitaux et des établissements*

#### Note explicative :

Le projet de loi régit l'utilisation des moyens de contention sur les malades des hôpitaux et sur ceux des établissements et organismes que précisent les règlements (appelés « établissements » dans le projet de loi). Toutefois, la Loi sur la santé mentale continue de régir l'utilisation des moyens de contention sur les personnes qui se trouvent dans des établissements psychiatriques. Le projet de loi régit également le confinement des malades des hôpitaux et des établissements pour empêcher qu'eux-mêmes ou autrui ne subissent des lésions corporelles graves, ainsi que l'utilisation d'appareils de contrôle à cette fin.

Il est interdit aux hôpitaux et aux établissements de maîtriser ou de confiner les malades ou d'utiliser sur eux des appareils de contrôle, sauf dans les circonstances prévues aux articles 5 et 6 du projet de loi.

Les hôpitaux et les établissements sont tenus d'établir des politiques en matière de contention et de confinement des malades et d'utilisation sur eux d'appareils de contrôle et en matière d'utilisation de méthodes de rechange pour les empêcher de se causer à eux-mêmes et de causer à autrui des lésions corporelles graves. Les politiques doivent favoriser l'utilisation de méthodes de rechange chaque fois qu'il est raisonnablement possible d'y recourir.

Les hôpitaux et les établissements sont également tenus de surveiller et de réévaluer les malades qui sont maîtrisés, confinés ou sur qui un appareil de contrôle est utilisé. Les règlements énoncent les exigences auxquelles il faut satisfaire en vue de la surveillance et de la réévaluation de ces malades.

Seuls les médecins et les personnes que désignent les règlements sont autorisés à rédiger une ordonnance prescrivant la contention ou le confinement d'un malade d'un hôpital ou d'un établissement ou l'utilisation sur un tel malade d'un appareil de contrôle. Les règlements peuvent interdire le recours à des ordonnances permanentes prescrivant la contention, le confinement ou l'utilisation d'appareils de contrôle.

#### Groupes d'influence :

- 1) Institut canadien d'information sur la santé  
Quality of Chronic Care in Ontario Improving  
Communiqué de presse, 1<sup>er</sup> novembre 2000
- 2) National Institute of Nursing Research. *Long Term Care for Older Adults* (1994), Chap. 5, « Problems Associated with the Use of Physical Restraints ».



## Annexe E : Ressources et sites Internet utiles

Ressource	Source
■ Restorative Care Education and Training Program	The Centre for Activity and Aging The University of Western Ontario London (Ontario) :N6G 1K7 Téléphone : (519) 661-1603 Télécopieur : (519) 661-1612 <a href="http://www.uwo.ca/actage/comm_collaboration/raetp.htm">http://www.uwo.ca/actage/comm_collaboration/raetp.htm</a>
■ Contention	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario <a href="http://www.cno.org/docs/prac/41043_Restrains.pdf">http://www.cno.org/docs/prac/41043_Restrains.pdf</a>
■ Rapport du groupe de travail sur les contentions intitulé <i>Minimizing the use of Restraints in Ontario Hospitals</i>	Association des hôpitaux de l'Ontario (2 novembre 2001) <a href="http://www.oha.com">http://www.oha.com</a> (voir la rubrique Reports and Studies)
■ Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades	Bibliothèque de l'Assemblée législative de l'Ontario <a href="http://www.e-laws.gov.on.ca:81/isysquery/IRL1DFE.tmp/1/doc">http://www.e-laws.gov.on.ca:81/isysquery/IRL1DFE.tmp/1/doc</a>
■ Lignes directrices de la pratique clinique pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada	Conseil consultatif scientifique de La Société de l'ostéoporose du Canada (1996). Lignes directrices de la pratique clinique pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada. Journal de l'Association médicale canadienne, 155, 1113-33. <a href="http://www.osteoporosecanada.ca">http://www.osteoporosecanada.ca</a>

## Annexe F : Description de la Trousse

**Le succès de l'implantation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires** repose sur une planification adéquate, des ressources, un soutien organisationnel et administratif, ainsi qu'un niveau de facilitation approprié. À cet égard, la RNAO a élaboré (par le biais d'un groupe d'infirmières, de chercheuses et de gestionnaires) la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*, qui est basée sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. Il est conseillé d'utiliser la *Trousse* comme guide d'implantation de toute Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers dans un établissement de santé.

La *Trousse* offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et au monitorat lors de l'implantation des lignes directrices. Plus spécifiquement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes :

1. Identification d'une ligne directrice pour la pratique clinique bien élaborée et basée sur des données probantes
2. Identification, évaluation et engagement des intervenants
3. Évaluation du niveau de préparation de l'établissement en vue de l'implantation de la ligne directrice
4. Identification et planification de méthodes d'implantation basées sur des données probantes
5. Planification et évaluation de l'implantation
6. Identification et obtention des ressources nécessaires à l'implantation

L'implantation de lignes directrices qui amènent des changements fructueux dans la pratique professionnelle et des répercussions cliniques positives constitue une entreprise complexe. La *Trousse* constitue une ressource essentielle à la gestion de ce processus.

La *Trousse* est disponible auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Elle est en vente à prix modique en format relié et est offerte gratuitement sur le site Internet de la RNAO. Pour obtenir plus de renseignements ou un formulaire de commande, ou encore pour télécharger la *Trousse*, consultez le site Internet de la RNAO à l'adresse suivante : [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).

*Version de mars 2005*

# *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

*Prévention des chutes et des blessures  
associées chez la personne âgée*



*Ce projet a été financé  
par le gouvernement de l'Ontario*



0-920166-79-2



**RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario

PROGRAMME DES LIGNES DIRECTRICES SUR LES  
PRATIQUES EXEMPLAIRES EN SOINS INFIRMIERS