Dépistage et évaluation du risque de chute chez les aînés : portrait des guides de pratique clinique de l’Ontario

Rédigé par

Brian Hyndman, Ph. D.,

pour le compte du

Groupe de collaboration pour la prévention des chutes

Le 11 octobre 2022

**Table des matières**

**Page**

**Introduction**  3

**Rapport no 1. Portrait des guides de pratique clinique pour le dépistage  
et l’évaluation du risque de chute : similarités, différences et limites** 8

Optimiser l’usage et l’efficacité des guides de pratique clinique pour le dépistage  
et l’évaluation du risque de chute : considérations fondamentales 15

**Rapport no 2. Élaboration, utilisation et suivi des guides de pratique clinique  
pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute en Ontario : conclusions de  
l’analyse contextuelle et des entretiens avec des informateurs clés** 20

Méthode de recherche 20

Conclusions 21

Élaboration, utilisation et suivi 21

Perceptions quant aux similarités et aux différences 26

Perceptions quant aux barrières à l’utilisation efficace 29

Solutions pour surmonter les barrières 31

Recommandations pour mieux harmoniser le mode de dépistage et d’évaluation  
du risque de chute à l’échelle systémique : points de vue des répondants 33

**Prochaines étapes** 36

**Références bibliographiques** 38

**Annexe A : Protocole d’entretien avec les informateurs clés** 43

**Annexe B : Liste des répondants aux entretiens** 45

**Introduction**

Les chutes sont l’une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les aînés1-2. On constate une corrélation entre les chutes et les blessures attribuables aux chutes et l’augmentation des hospitalisations, des placements dans des établissements de soins de longue durée et des décès prématurés3-5. Qui plus est, chez les aînés, une chute peut laisser des séquelles de toutes sortes, comme la douleur, la dépression, la perte de fonction, la dépendance et la peur de faire une chute, qui peuvent aller jusqu’à hypothéquer leur santé et leur qualité de vie6, 7.

Les conséquences sociétales et économiques des chutes chez les aînés s’avèrent considérables. Une étude montre en effet que les dépenses publiques associées aux chutes comptent pour environ un pour cent de l’ensemble des coûts des soins de santé dans les pays développés8. Une autre étude publiée récemment révèle que les chutes chez les aînés (âgés de 65 et plus) avaient coûté au système de soins de santé canadien quelque 5,6 milliards de dollars en 20189.

Les chutes chez les aînés constituent un problème de santé grandissant dans le monde, car l’incidence des chutes chez ce groupe de population ne cesse de s’accroître, un phénomène s’expliquant seulement en partie par le vieillissement de la population10. On s’attend à ce que la hausse du nombre de chutes et aussi de décès et de morbidité connexes chez les aînés se poursuive en raison de la tendance au vieillissement démographique partout dans le monde11.

L’efficacité des stratégies de prévention des chutes chez les aînés dépend de la diligence avec laquelle s’effectuent le dépistage et l’évaluation du risque et des lignes directrices sur les mesures préventives. Dans les pays développés, le dépistage et l’évaluation du risque de chute et l’élaboration de plans de prévention individualisés obéissent aux guides de pratique clinique (GPC). Ces guides comportent des recommandations fondées sur des données probantes – généralement formulées suivant des processus de formation d’un consensus parmi les spécialistes – et suivies par les cliniciens et les autres prestataires de soins de santé afin de faire en sorte que le bon mode d’action soit employé pour le diagnostic, le traitement et les soins en ce qui a trait aux aînés susceptibles de faire des chutes10, 12. Au cours des deux dernières décennies, un certain nombre de guides de pratique clinique de ce genre ont été produits pour couvrir divers contextes sur le continuum de soins des aînés (c.-à-d., soins en milieu communautaire, soins de courte durée et soins de longue durée13).

Dans les guides de pratique clinique se rapportant aux chutes, on tend à faire une distinction entre le dépistage du risque de chute et l’évaluation du risque de chute, bien que les termes soient parfois utilisés de manière interchangeable dans la littérature13. Pour marquer la distinction, l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario associe le dépistage aux mécanismes permettant de déterminer les personnes susceptibles de faire des chutes et l’utilité de procéder à une évaluation plus approfondie, alors que l’évaluation sert à déterminer les facteurs de risque sur lesquels il serait possible de concentrer l’intervention14.

En matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute, les guides de pratique clinique fondés sur des données probantes jouent un rôle capital dans l’amélioration des modes de prévention et de gestion des risques associés aux chutes chez les aînés15. Notons cependant qu’il y a des lacunes dans les connaissances au sujet du manque d’uniformité dans le contenu des guides de pratique clinique et du manque de cohérence entre les meilleures pratiques recommandées dans les guides de pratique clinique10, 13.

En Ontario, la province la plus populeuse du Canada, les efforts consentis pour faire valoir l’utilité d’une approche homogène au dépistage et à l’évaluation du risque de chute a mené en 2011 le Partenariat des Réseaux locaux d’intégration des services de santé (RLISS) à créer un cadre stratégique et une trousse d’outils pour la prévention des chutes16. Cependant, l’adoption du cadre stratégique par les RLISS s’est révélée inégale et, avec le temps, le vide a poussé l’élaboration d’un certain nombre de guides de pratique clinique à l’intention de secteurs (p. ex., soins primaires, soins de réadaptation) et d’auditoires précis dans la province. L’inexistence d’une approche normalisée et coordonnée en matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute exacerbe ce vide de connaissances considéré comme un facteur contribuant à la fragmentation du système de prévention et de traitement des chutes. Il se révèle donc difficile de déterminer les interventions efficaces, les améliorations possibles et là où il y aurait lieu d’accroître les collaborations et la coordination entre les principales parties prenantes pour maximiser l’impact et l’efficacité17. Qui plus est, il se révèle difficile d’évaluer la mesure dans laquelle les guides de pratique clinique de l’Ontario reflètent les meilleures pratiques recommandées en matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute en raison du manque de connaissances sur l’hétérogénéité du contenu.

Dans un effort pour réduire le flou entourant l’utilisation des guides de pratique clinique sur le dépistage et l’évaluation du risque de chute dans la province, le Groupe de collaboration pour la prévention des chutes de l’Ontario a mandaté l’auteur en 2021 pour produire deux rapports, qui sont présentés l’un à la suite de l’autre dans le présent document.

Le premier rapport fait la synthèse des principales constatations faites dans le peu de documents traitant des guides de pratique clinique sur le dépistage et l’évaluation du risque de chute. Ces constatations sont combinées à une analyse d’autres guides de pratique clinique qui n’avaient pas été inclus dans des revues documentaires précédentes afin de mieux comprendre la nature et la portée des guides de pratique clinique se rapportant aux chutes, y compris les points faisant consensus ainsi que les lacunes et les omissions. Le rapport fait aussi état des principaux problèmes à résoudre pour parvenir à une approche plus optimale en matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute en Ontario. Il importe notamment de régler les problèmes associés à l’utilisation optimale ou à l’adaptation des guides de pratique clinique actuels. Il faut aussi surmonter les barrières organisationnelles et systémiques empêchant la normalisation et la standardisation des mécanismes de dépistage et d’évaluation du risque de chute sur le continuum de soins aux aînés.

Dans son deuxième rapport, l’auteur s’appuie sur les constatations faites dans le premier rapport pour comparer les guides de pratique clinique sur le dépistage et l’évaluation du risque de chute de l’Ontario à ceux d’autres provinces du Canada (c.-à-d., Colombie-Britannique et Nouveau-Brunswick). À l’analyse comparative et à la revue de documents connexes (p. ex., rapports d’évaluation et d’essai pilote) se sont ajoutés des entretiens avec dix informateurs clés issus des parties prenantes ayant participé directement à l’élaboration de guides de pratique clinique. Le deuxième rapport brosse ainsi le portrait de ce qui suit :

* la méthode d’élaboration des guides de pratique clinique (p. ex., revue ou synthèse des données probantes, intégration d’outils de dépistage et d’évaluation en usage, participation de groupes de spécialistes et de parties prenantes et essai pilote ou test de mise en œuvre de premières versions de guides de pratique clinique);
* les parties prenantes et les organisations se servant actuellement de guides de pratique clinique en Ontario (c.-à-d., milieux où des guides de pratique clinique servent à évaluer le risque de chute et professionnels de la santé responsables des évaluations);
* les mécanismes de suivi en place relativement à l’emploi des guides de pratique clinique et la cueillette de commentaires auprès des utilisateurs;
* les similarités et les différences observées entre les guides de pratique clinique;
* les difficultés associées à l’application des guides de pratique clinique et les pistes de solution;
* les suggestions pour mieux harmoniser le mode de dépistage et d’évaluation du risque de chute à l’échelle systémique en Ontario.

Les rapports se terminent sur des recommandations au sujet des prochaines étapes à suivre par le Groupe ontarien de collaboration pour la prévention des chutes pour résoudre les principaux problèmes et obstacles associés à la mise en œuvre tout en faisant en sorte que les recommandations quant aux éléments à ajouter dans les guides de pratique clinique sont effectivement pris en compte dans le travail de dépistage et d’évaluation du risque de chute partout dans la province. Les recommandations feront l’objet d’une analyse lors de consultations menées auprès des parties prenantes par le Groupe de collaboration pour la prévention des chutes de l’Ontario à l’hiver 2023.

**Rapport no 1. Portrait des guides de pratique clinique pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute : similarités, différences et limites**

Jusqu’à tout récemment, jamais une synthèse des guides de pratique clinique publiés au sujet du dépistage et de l’évaluation du risque de chute sur le continuum de soins n’avait été produite. Hazel Williams-Roberts et ses collègues ont réparé cette lacune en 2021 en publiant les résultats de leur revue exploratoire13. Puis, en 2022, Montero-Odasso et ses collègues ont publié une revue systématique des guides de pratique clinique afin d’orienter les débats du Groupe de travail sur le guide mondial de pratique clinique en matière de chutes, une initiative lancée en 2019 pour déterminer l’utilité de créer de nouveaux guides de pratique clinique pour la prévention des chutes afin de refléter les données probantes les plus récentes et les barrières à surmonter par les services cliniques18. Par suite des débats tenus par le groupe de travail, un nouveau guide de pratique clinique mondial pour la prévention et la gestion des chutes est paru en septembre 202219.

Pour recenser les guides de pratique clinique pertinents, Hazel Williams-Roberts et ses collègues se sont servis d’une méthode de recherche exhaustive effectuée dans dix bases de données électroniques (p. ex., MEDLINE) et dans la littérature grise. Ils se sont en outre appuyés sur les critères de sélection suivants : 1) guide de pratique clinique traitant des aînés (c.-à-d., les 65 ans et plus); 2) guides de pratique clinique s’appliquant à divers milieux sur le continuum de soins (soins de santé communautaire, de courte durée et de longue durée); 3) guides de pratique clinique publiés en anglais entre janvier 2008 et octobre 2018 afin de relever les lignes directrices les plus récentes. Ils ont exclu les documents relatifs aux guides de pratique clinique si ces derniers présentaient l’une ou l’autre des caractéristiques suivantes : 1) l’analyse de l’efficacité clinique ou l’analyse coût-efficacité; 2) les chutes survenues au travail ou lors d’activités sportives ou les chutes intentionnelles; 3) les conséquences des chutes (p. ex., blessures attribuables à une chute); 4) la valeur prédictive d’un guide de pratique clinique ou 5) l’impossibilité d’obtenir la version intégrale aux fins d’examen13.

En tout, les auteurs ont retenu aux fins de dernière analyse 22 guides de pratique clinique ou recommandations de meilleures pratiques ayant rempli leurs critères de sélection. Quatre guides de pratique clinique d’origine canadienne se sont retrouvés parmi les documents sélectionnés. Il s’agit des lignes directrices de l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (RNAO14); du guide de pratique clinique produit par l’Institut national de santé publique du Québec sur les adultes vivant à domicile20; du guide de pratique clinique créé par le ministère la Vie saine et des Sports de la Colombie-Britannique sur la prévention des chutes chez les aînés vivant en résidence21; et du guide de pratique clinique élaboré par l’Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) concernant le continuum de soins aux aînés22. Parmi les autres guides de pratique clinique sélectionnés, dix (10) provenaient des États-Unis23-32, et les autres de l’Australie33, de la France34, de la Corée35, de Singapour36, des Pays-Bas37 et du Royaume-Uni38. Six des guides de pratique clinique jouissent d’une reconnaissance nationale et sont appliqués dans leur territoire respectif14, 23, 32, 33, 36, 38.

Les auteurs de la revue exploratoire ont constaté certaines ressemblances entre les guides de pratique clinique sélectionnés et parfois aussi une certaine hétérogénéité. Deux critères de dépistage du risque de chute, c’est-à-dire l’antécédent de chutes et les anomalies de la marche et de l’équilibre, sont recommandés, soit de façon indépendante, soit séparément, pour 19 des 22 guides de pratique clinique13. Ces critères correspondent au format proposé dans les guides de pratique clinique communs de l’American Geriatric Society de la British Geriatric Society23. Les auteurs ont jugé qu’il s’agissait d’une constatation rassurante pour les prestataires de soins de santé et les responsables de l’élaboration des politiques en raison de l’association bien établie entre ces critères et le risque de chute accru dans les divers milieux étudiés13, 39-40. Ils ont constaté de plus grands écarts entre les recommandations énoncées dans les guides de pratique clinique concernant les facteurs à prendre en compte dans l’évaluation du risque de chute sur le continuum de soins aux aînés. Les guides de pratique clinique comportaient généralement les facteurs suivants : évaluation approfondie des antécédents de chutes; revue des médicaments; équilibre, marche ou mobilité; vision; fonction cognitive; hypotension orthostatique; et évaluation des dangers dans le milieu de vie. Les facteurs qui se recoupent d’un guide de pratique clinique à l’autre en matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute pourraient constituer les principaux éléments à inclure dans l’éventuelle évaluation des lignes directrices dans tous les milieux13.

Une revue systématique menée par Manuel Montero-Odasso et ses collègues a jeté un éclairage de plus sur les points en commun entre les guides de pratique clinique se rapportant au dépistage et à l’évaluation du risque de chute38. Les trois auteurs d’une revue indépendante ont par ailleurs relevé quinze (15) guides de pratique clinique d’une excellente qualité à l’aide de la grille d’évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (grille AGREE II). Parmi les guides de pratique clinique sélectionnés, deux provenaient du Canada, soit les lignes directrices élaborées par l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario14 et susmentionnées et le guide de pratique clinique sur la prévention secondaire et les chutes créé en 2003 par une équipe du centre hospitalier universitaire St Joseph’s Hamilton (Ontario41).

Les auteurs de la revue indépendante ont constaté que, dans la plupart des guides de pratique clinique sélectionnés, on recommandait fortement de procéder au dépistage de la stratification du risque (à l’aide de brefs questionnaires) et à un test de l’équilibre et de la marche pour les individus ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage. En outre, encore une fois dans la plupart, les principaux facteurs de risque pris en compte dans la prévention des chutes comprenaient la revue des médicaments, les programmes d’exercice, la modification du milieu, l’intervention multifactorielle et le traitement intensif de l’ostéoporose et des fractures. Les auteurs ont constaté que les facteurs les moins souvent abordés étaient les interventions relatives à la vision ou au type de chaussure, l’aiguillage en physiothérapie et les interventions cardiovasculaires18.

Au Canada, l’attention accrue portée à la prévention des chutes a mené dans la dernière décennie à l’élaboration de guides de pratique clinique exhaustifs en matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute dans les provinces et territoires. De nouveaux guides de pratique clinique ont fait leur apparition en Colombie-Britannique42 et au Nouveau-Brunswick43. Voué au transfert des connaissances en matière de soins primaires au Canada, le Centre for Effective Practice (CEP) a élaboré des lignes directrices afin d’aider les médecins, les infirmières et infirmiers praticiens en soins primaires et autres prestataires de services de santé à prévenir et à traiter les chutes chez les aînés44.

En Ontario, certaines régions géographiques provisoires [remplaçant les anciens réseaux locaux d’intégration des services de santé (RLISS)] et d’autres organismes ont rédigé des lignes directrices comportant des questions de dépistage (préselection) et des grilles d’évaluation multifactorielle plus poussées pour les patients « à risque élevé ». Il s’agit par exemple du guide de pratique clinique du RLISS du Nord-Est et du guide de pratique clinique du RLISS de Champlain46 (qui font partie aujourd’hui de Santé Ontario). La Rehabilitative Care Alliance (RCA), un organisme provincial fondé par les RLISS pour renforcer et uniformiser les soins de réadaptation dispensés en Ontario en assurant une meilleure planification, une évaluation continue et une amélioration de la qualité, et l’intégration des meilleures pratiques sur le continuum de soins, a publié en 2021 des cartes de soins de réadaptation pour les aînés fragiles vivant dans la collectivité qui se présentent aux services d’urgence ou de soins primaires après avoir fait une chute. Ces cartes de soins incorporent à la fois des questions de présélection et des grilles d’évaluation multifactorielle pour évaluer le risque de chute47-49.

Le tableau 1 fait état des catégories de facteurs servant à l’évaluation du risque de chute et inclus dans trois guides de pratique clinique parus récemment au Canada, soit les Fall Prevention Risk Assessment and Management Guidelines for Community Dwelling Older Adults (Colombie-Britannique42), l’Algorithme de dépistage et d’évaluation du risque de chute et d’intervention (Nouveau-Brunswick43) et les Fall Prevention and Management Guidelines du Centre for Effective Practice44, de même que dans les guides de pratique clinique élaborés en Ontario par le RLISS du Nord-Est45, le RLISS de Champlain46 et la Rehabilitative Care Alliance (RCA), respectivement48, 49. Les sept catégories de facteurs émanent de la revue exploratoire des guides de pratique clinique réalisée par Williams-Roberts et ses collègues sur les guides de pratique clinique et susmentionnée13.

**Tableau 1 : Principales catégories de facteurs pris en compte dans les guides de pratique clinique (GPC) produits au Canada pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Facteur pris en compte pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute13** | **GPC42 de la C.-B.** | **GPC43 du N.-B.** | **GPC44 du CEP** | **GPC45 du RLISS du N.-E.** | **GPC46 du RLISS de Champlain** | **Cartes de soins de la RCA48, 49** |
| Antécédent de chutes (présélection-dépistage) |  |  |  |  |  |  |
| Anomalies de la marche et de l’équilibre  (présélection-dépistage) |  |  |  |  |  |  |
| Évaluation approfondie des antécédents de chutes |  |  |  |  |  |  |
| Évaluation approfondie de la marche, de l’équilibre et de la mobilité |  |  |  |  |  |  |
| Revue des médicaments |  |  |  |  |  |  |
| Vision |  |  |  |  |  |  |
| Fonction cognitive |  |  |  |  |  |  |
| Hypotension orthostatique |  |  |  |  |  |  |
| Évaluation des dangers dans le milieu |  |  |  |  |  |  |

Comme le montre le tableau 1, les principaux facteurs pris en compte dans les guides de pratique clinique produits au Canada concernant le dépistage et l’évaluation du risque de chute présentent une grande homogénéité. Cette constatation rejoint celle faite à l’issue de la revue exploratoire de 22 autres guides de pratique clinique13. Les guides de pratique clinique révèlent tout de même des différences considérables en termes de contenu, de portée et de détails quant aux facteurs de risque et aux interventions afférentes recommandées10, 13. Certains guides de pratique clinique comportent des recommandations détaillées au sujet des interventions possibles, y compris des analyses critiques des données probantes utilisées14, 18, alors que d’autres se limitent à des algorithmes d’arbre de décision décrivant les modes de dépistage, d’évaluation et d’intervention pour les aînés susceptibles de faire une chute43, 48, 49. Un certain nombre des guides de pratique clinique produits plus récemment au Canada vont au-delà de l’habituelle liste des dangers dans le milieu de vie (p. ex., nombre insuffisant de mains courantes ou de rampes) et traitent ainsi des grands déterminants sociaux de la santé, comme le faible revenu, l’isolement social, l’insuffisance des options de transport, qui sont associés à un plus grand risque de faire une chute42, 43.

Le mérite du recours à l’évaluation multifactorielle du risque de chute chez les patients à risque élevé et à l’approche multifactorielle pour la prévention des chutes ne fait aucun doute dans les guides de pratique clinique sur le dépistage et l’évaluation du risque de chute. Le contenu les concernant présente cependant des différences. Par exemple, les recommandations énoncées dans les guides de pratique clinique au sujet de la prise de médicaments, qui ont souvent comme effet secondaire chez les aînés d’accroître le risque de chute, vont de la déprescription des somnifères et autres médications psychotropes jusqu’à la revue plus approfondie des médicaments50. Une méta-analyse de neuf lignes directrices sur le dépistage et l’évaluation du risque de chute chez les aînés vivant dans la collectivité révèle que, dans un grand nombre de guides de pratique clinique, les questions se rapportant aux effets secondaires des médicaments manquent de fiabilité parce que les questions ne permettent pas de collecter des renseignements au sujet des maladies exigeant une médication chez les patients15.

Une autre différence observée entre les guides de pratique clinique concerne l’administration d’un supplément de vitamine D pour diminuer le risque de chute. Récemment, dans un processus d’élaboration d’un guide de pratique clinique pour l’évaluation multifactorielle du risque de chute chez les aînés vivant dans la collectivité en Corée, on s’est appuyé sur une revue systématique de neuf guides de pratique clinique conçus pour cette tranche de population et on a décidé d’écarter des recommandations sur la question du supplément de vitamine D en raison des contradictions dans les données scientifiques au sujet de la corrélation entre le supplément de vitamine D et les chutes15. Le groupe de travail sur le guide mondial de pratique clinique en matière de chutes recommande de réserver la prescription du supplément de vitamine D pour prévenir les chutes aux personnes présentant une carence en vitamine D19.

Lors d’une revue systématique de 15 guides de pratique clinique, le Dr Manuel Montero-Odasso et ses collègues ont constaté eux aussi des incohérences dans les recommandations au sujet du supplément de vitamine D. Les guides de pratique clinique sélectionnés présentaient en plus des différences dans la validité des recommandations au sujet des fonctions cognitives et la sensibilisation à la prévention des chutes, alors que les recommandations concernant l’usage d’un protecteur pour la hanche et de la technologie numérique (p. ex., prêt-à-porter) n’y figuraient pas dans la majorité des cas18.

Les guides de pratique clinique diffèrent en outre en ce qui a trait aux critères inclus dans les algorithmes de dépistage du risque de chute et les recommandations au sujet des meilleures façons d’effectuer les tests de dépistage des anomalies de la marche, de l’équilibre et de la mobilité. Les tests comme tels sont parfois intégrés aux protocoles de dépistage et d’évaluation ou font l’objet d’une mention spéciale dans les recommandations de certains guides de pratique clinique. Il s’agit notamment du test chronométré du lever de chaise (TUG – de l’anglais « Timed Up and Go51 »), de l’échelle d’équilibre de Berg52 et du test de Tinetti (Tinetti Performance-Oriented Mobility Assessment – POMA53).

Le test TUG semble celui le plus fréquemment utilisé ou recommandé comme outil de dépistage dans les guides de pratique clinique19, 23, 28, 31, 33, 43-45. Sa popularité relèverait vraisemblablement de son caractère pratique et de la simplicité de son mode d’administration13. Cela dit, on remet en doute son utilité clinique parce que des études font la démonstration du peu de validité prédictive du test54-56. Il y aurait toutefois lieu de noter que la faible capacité à faire une distinction entre les aînés qui font des chutes et ceux qui n’en font pas ne se limite pas au test TUG. En effet, des revues systématiques des données probantes montrent qu’aucun test normalisé ne permet d’évaluer le risque de chute avec fiabilité et cohérence dans les établissements hospitaliers et les établissements de santé communautaire15, 57. En 2022, une « revue d’ensemble » des outils d’évaluation de la marche, de l’équilibre et de la mobilité fonctionnelle est venue confirmer cette constatation58. Les chercheurs ont appliqué l’outil d’évaluation du risque de biais ROBIS (Risk of Bias Assessment Tool for Systematic Reviews) aux 31 revues des données probantes sélectionnées (dont 11 méta-analyses) et ont conclu qu’aucun outil d’évaluation de la marche, de l’équilibre ou de la mobilité fonctionnelle ne pouvait à lui seul prédire le risque de chute chez les aînés de façon très fiable58.

Les processus d’élaboration constituent une autre grande limite des guides de pratique clinique sur le dépistage et l’évaluation du risque de chute. En effet, la perspective des aînés ayant des antécédents de chutes n’y a pas été systématiquement prise en compte18. Certains guides de pratique clinique ne reflètent donc probablement pas suffisamment les préférences individuelles en matière d’intervention ni les caractéristiques personnelles comme le genre, le degré de fragilité, la présence de comorbidités ou la motivation10, 18. Le groupe de travail sur le guide mondiale de pratique clinique en matière de chutes insiste pour dire que, pour assurer l’élaboration d’interventions efficaces en matière de prévention, les intervenants doivent amener les aînés à mieux comprendre leurs croyances, leurs attitudes et leurs priorités au sujet des chutes19.

**Optimiser l’usage et l’efficacité des guides de pratique clinique pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute : considérations fondamentales**

S’ils sont exhaustifs et fondés sur des données probantes, les guides de pratique clinique sur le dépistage et l’évaluation du risque de chute permettent aux prestataires de soins de santé de prendre des décisions cliniques éclairées relativement à la prévention et au traitement des chutes sur le continuum de soins aux aînés. Il importe cependant de poursuivre les travaux afin d’en optimiser la fiabilité et l’utilité. Il faudrait par exemple se pencher davantage sur l’essentiel du propos des guides de pratique clinique, la nature et la portée de l’application dans les principaux milieux de pratiques ainsi que sur les barrières organisationnelles et structurelles en limitant l’usage.

La faiblesse de la validité prédictive du test TUG et des autres instruments de mesure de ce genre14, 54-58 soulève la question de savoir l’efficacité de l’autodéclaration versus celle des méthodes d’observation comme outils de prédiction des chutes. Voilà un domaine de recherche et développement à explorer ayant le potentiel de mener à une simplification des algorithmes et à une économie de temps passé par le personnel auprès des patients dans les établissements de soins de santé. Les recherches émergentes concernant les guides de pratique clinique sur le dépistage et l’évaluation du risque de chute montrent que trois instruments de mesure, c’est-à-dire les questions sur les antécédents de chute, les questions sur les anomalies de l’équilibre et de la marche et les méthodes d’observation de la marche et de l’équilibre, semblent cruciales dans tous les milieux13.

Il importe de pousser plus avant l’établissement des facteurs les plus cruciaux à inclure dans les guides de pratique clinique pour éclairer la marche à suivre proposée en matière de prévention et de traitement des chutes et de plan d’intervention. Pour l’heure, les catégories de facteurs sont abordées dans l’ensemble des guides de pratique clinique (voir le tableau 1). Les facteurs de risque mis en évidence et la quantité de détails fournis relativement aux facteurs de risque, aux mesures de prévention et aux données probantes utilisées présentent toutefois de grandes différences.

En même temps, les intervenants doivent comprendre les tenants et les aboutissants au moment de procéder au dépistage et à l’évaluation du risque de chute. En effet, si le même guide de pratique clinique standardisé servait pour tout le monde, il pourrait comporter les principaux facteurs à considérer en termes de pratiques fondées sur des données probantes, mais cela ne veut pas dire qu’il traduirait toutes les situations, capacités et préférences des aînés de tous les milieux de vie et de toutes les régions géographiques10, 13, 18. Par exemple, selon la région du monde dans laquelle ils vivent, les aînés peuvent adopter une attitude différente par rapport à l’exercice (une mesure éprouvée en matière de prévention des chutes) et avoir des préférences différentes quant aux types d’exercice10, 18.

Il y aurait lieu par ailleurs de pousser les recherches sur le moment et la fréquence à fixer pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute13, 15, 57. Dans la plupart des guides de pratique clinique centrés sur les milieux de soins de courte durée et de longue durée, on recommande de procéder au dépistage et à l’évaluation du risque de chute au moment de l’admission ou de la première rencontre, puis de façon routinière par la suite13. Dans quelques-uns, on souligne aussi l’importance d’évaluer le risque de chute par suite de changements importants dans l’état de santé ou les capacités fonctionnelles des aînés14, 21-22. Certaines études montrent en plus un risque accru de faire une chute lors d’un emménagement dans un nouvel espace de vie59, 60. Les guides de pratique clinique doivent comporter plus de précisions quant aux principaux jalons se rattachant au risque de chute qui justifieraient de procéder à un dépistage et à une évaluation. Le groupe de travail sur le guide mondial de pratique clinique en matière de chutes recommande une méthode de dépistage et d’évaluation fondée sur le « dépistage opportuniste » pour découvrir les cas, où les cliniciens posent régulièrement des questions au sujet des chutes lors de leurs entretiens avec des aînés. Le groupe de travail recommande en outre de poser au moins une fois par an aux aînés ayant des interactions avec le système de santé des questions sur le nombre de chutes survenues dans la dernière année (une chute ou plus), la fréquence et les caractéristiques, le contexte, la gravité et les conséquences de chacune19.

Les efforts pour élaborer une approche standardisée en matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute devraient à l’avenir avoir pour objectif de concilier les facteurs essentiels intégrés aux guides de pratique clinique et les facteurs logistiques et pratiques ayant une incidence sur leur utilisation tout au long du continuum de soins. Dans les faits, l’administration de guides de pratique clinique plus exhaustifs exige un investissement de temps et de ressources, ce qui pourrait se révéler infaisable dans bien des milieux de soins. Un sondage mené auprès de 102 prestataires de soins dans les services d’urgence d’un hôpital des États-Unis révèle ainsi que, même si la majorité des répondants (82/102) avaient déclaré reconnaître l’importance de la prévention des chutes, la plupart (90 %) n’étaient pas disposés à consacrer plus de cinq (5) minutes à l’évaluation du risque de chute61. Lors d’un autre sondage, mené cette fois auprès de prestataires de soins de santé de l’Ontario, plus de 22 % des répondants ont souligné que le temps s’avère une barrière de taille au dépistage du risque de chute chez les aînés62.

Enfin, il y aurait lieu de poursuivre le travail pour combler le fossé entre les interventions recommandées dans les guides de pratique clinique en matière de prévention des chutes et les stratégies de prévention des chutes auxquelles les aînés ont recours. La recherche de synthèse menée en 2018 par Amanda Wilkinson et ses collègues portait sur 17 études réalisées sur les stratégies de prévention des chutes employées par les aînés vivant dans la collectivité et leurs aidants. Les mesures que les répondants avaient déclaré prendre correspondaient seulement à deux des recommandations fondées sur des données probantes pour prévenir les chutes : l’évaluation des dangers et les modifications afférentes dans la maison de même que les conseils sur les mesures de prévention des chutes. Une autre préoccupation, sans doute plus grande, se rapportait aux rares répondants ayant déclaré s’adonner à un type d’exercice quelconque pour prévenir les chutes63.

Les autres barrières au suivi des mesures de prévention des chutes semblent émaner des organismes et des systèmes mêmes qui sont mandatés pour prévenir les chutes. De nombreuses études sur les barrières organisationnelles et communautaires ont d’ailleurs sur ce point fait ressortir les mêmes thèmes, y compris le peu de coordination et de communication entre les principaux prestataires de services, l’insuffisance des ressources humaines et financières consacrées à la prévention des chutes, les limites des mandats organisationnels et le fonctionnement « en silo » au sein des systèmes de soins de santé, ce qui a pour effet de décourager la collaboration pluridisciplinaire nécessaire pour s’attaquer à des problèmes complexes comme les chutes64-66. Ces constatations laissent supposer que tout effort pour améliorer la qualité et l’uniformité des guides de pratique clinique sur le dépistage et l’évaluation du risque de chute ne produira aucun résultat positif tant que les barrières systémiques sous-jacentes qui nuisent à leur usage sur le continuum de soins ne seront pas surmontées.

Au Canada et ailleurs dans le monde, il est encourageant de voir que l’accès à des guides de pratique clinique ayant trait aux chutes s’améliore. En effet, cela pourrait favoriser le partage des responsabilités et le perfectionnement des compétences en dépistage et en évaluation du risque de chute sur le continuum de soins aux aînés. L’avancement des travaux dans les domaines mentionnés ci-dessus aidera à accroître l’utilité des lignes directrices en matière de détection précoce du risque de chute et à faire avancer l’élaboration, à l’intention des aînés, de mesures de prévention des chutes fondées sur des données probantes.

**Rapport no 2. Élaboration, utilisation et suivi des guides de pratique clinique pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute en Ontario : conclusions de l’analyse contextuelle et des entretiens avec des informateurs clés**

**Méthode de recherche**

Les huit guides de pratique clinique (ou ressources connexes) ci-dessous – dont six de l’Ontario – ont été sélectionnés aux fins de revue :

* Algorithme de dépistage, d’évaluation et d’interventions pour risque de chute, Trauma NB (Nouveau-Brunswick43).
* Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Fall Prevention: Risk Assessment and Management for Community-Dwelling Older Adults42.
* Centre for Effective Practice. Falls prevention and management44.
* Algorithme de prévention des chutes produit par le Comité directeur de la prévention des chutes de Champlain46.
* Rehabilitative Care for Older Adults Living With/At Risk of Frailty Framework67. (***Remarque* :** Bien qu’elle ne soit pas un guide de pratique clinique pour l’évaluation du risque de chute, la ressource comporte des conseils quant à la façon d’intégrer, en suivant les pratiques exemplaires, la mobilité et les chutes dans les principales dimensions prises en compte dans les soins de réadaptation et fait mention des outils et des guides de pratique clinique recommandés pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute.)
* Rehabilitative Care Alliance. Pathway to rehabilitative care for frail older adults in the community presenting to Primary Care post-fall48.
* Rehabilitative Care Alliance. Pathway to rehabilitative care for frail older adults in the community presenting to Emergency Department post-fall and not requiring acute hospitalization49.
* Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (RNAO). Empêcher les chutes et réduire les blessures associées. 4e éd. (201714).

Des entretiens semi-structurés ont eu lieu avec neuf répondants ayant directement participé à l’élaboration de l’un ou l’autre des guides de pratique clinique mentionnés ci-dessus et de ressources connexes. L’auteur s’est entretenu avec une dixième personne, soit une représentante d’un groupe de collaboration plurisectoriel de la Saskatchewan ayant opté pour une approche différente après avoir envisagé d’élaborer un guide de pratique clinique pour soutenir les professionnels de la santé responsables d’évaluer le risque de chute dans la province68. Le protocole d’entretien est reproduit à l’annexe A, et la liste des répondants aux entretiens, à l’annexe B.

Les questions posées lors des entretiens concernent l’objet du présent rapport (voir la page 6). Les entretiens ont été enregistrés sous forme numérique puis transcrits sur Word aux fins d’analyse, avec l’accord des répondants. Les transcriptions ont d’abord été téléversées dans NVivo 1.0, un logiciel d’analyse qualitative des données, afin de créer une trame de codage permettant de dégager les répétitions de thèmes et de points.

**Conclusions**

**Élaboration, utilisation et suivi**

Le tableau 2 ci-dessous donne un aperçu des processus employés pour élaborer les huit guides de pratique clinique à l’étude, y compris la revue des données probantes, la revue et l’intégration d’outils et de guides de pratique clinique courants en matière de dépistage du risque de chute, la participation et la consultation de parties prenantes et l’essai pilote et le test de mise en œuvre (le cas échéant). Le tableau 3 dresse le profil d’utilisation des guides de pratique clinique par milieu de soins (dans leur province respective) et groupe de professionnels de la santé de même que des efforts déployés pour assurer le suivi de l’utilisation et la collecte des commentaires des utilisateurs.

**Tableau 2 : Aperçu des processus d’élaboration des guides de pratique clinique**

| **Guide de pratique clinique (GPC)** | **Revue des données probantes aux fins d’élaboration du GPC** | **Revue et intégration d’outils et de GPC courants – dépistage du risque de chute** | **Commentaires des parties prenantes et des spécialistes** | **Essai pilote et test de mise en œuvre du GPC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Algorithme de dépistage, d’évaluation et d’interventions pour risque de chute, Trauma NB (Nouveau-Brunswick43) | Revue des GPC et des ressources connexes en usage, y compris les outils de dépistage | Algorithme \*STEADI des \*CDC (É.-U.) (2017)  GPC des \*AGS/BGS (2010)  Préserver votre autonomie (outil d’auto-évaluation) | Première version de l’algorithme passée en revue par la Société médicale du Nouveau-Brunswick  Un GPC complet est en cours d’élaboration. La consultation de la Société médicale du Nouveau-Brunswick est prévue dans le processus. | Aucun essai pilote |
| Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Fall Prevention: Risk Assessment and Management for Community-Dwelling Older Adults42 | Revue des outils de dépistage et des GPC en usage (y compris une recherche dans la littérature grise) par un médecin de famille membre d’un comité consultatif mis sur pied par la Commission des services médicaux et chargé de créer un GPC | GPC les plus marquants sélectionnés :  Algorithme STEADI des CDC (É.-U.) (2017)  Empêcher les chutes et réduire les blessures associées de la RNAO (2017)  GPC des AGS/BGS (2010)  Préserver votre autonomie (outil d’auto-évaluation) | Première version du GPC transmise pour revue à l’ensemble des médecins de la province par l’entremise de l’organisation professionnelle Doctors of BC (100 réponses)  52 aînés ont passé en revue la première version du GPC. | Aucun essai pilote |
| Centre for Effective Practice. Falls prevention and management44 | Recherche parmi les textes de recherche et la littérature grise, y compris les revues systématiques et les analyses contextuelles des GPC et des outils de dépistage en usage  Outil d’évaluation critique  \*AMSTAR 2 utilisé pour orienter la sélection des revues systématiques | Attention particulière portée aux GPC de qualité supérieure, de langue anglaise et publiés dans les cinq dernières années (sauf quelques exceptions) | Participation de prestataires de soins de santé et d’autres parties prenantes pertinentes tout au long du processus d’élaboration du GPC suivant une méthode de conception centrée sur l’utilisateur afin d’effectuer le test d’utilisabilité des outils et d’obtenir ainsi le point de vue des prestataires | Séances de test d’utilisabilité organisées avec des utilisateurs finals ciblés (prestataires de soins primaires de l’Ontario) après la création de la première version du GPC |
| Algorithme de prévention des chutes produit par le Comité directeur de la prévention des chutes de Champlain46 | Recherche parmi la littérature sur les outils de dépistage et d’évaluation du risque de chute effectuée par le Groupe de travail sur l’algorithme (représentation de la santé publique, des soins à domicile, des soins en milieu communautaire et des soins primaires) | GPC des AGS/BGS (2010) sélectionnés et adaptés avant de les utiliser  Préserver votre autonomie (outil d’auto-évaluation) sélectionné comme outil de dépistage à intégrer au GPC  Test chronométré du lever de chaise de Mathias (TUG) et test du lever de chaise (FTSST) intégrés au GPC | GPC élaboré par le Groupe de travail sur l’algorithme composé de plusieurs membres du comité directeur et de cliniciens d’organismes de santé communautaire représentant l’ensemble des régions couvertes par le RLISS (ancien nom des \*SSDMC) de Champlain | Essai pilote réalisé dans quatre sites, soit deux centres de santé communautaire, une clinique de pratique privée et une équipe de santé familiale; quelque 108 patients évalués à l’aide du GPC et de l’outil d’auto-évaluation, Préserver votre autonomie  De plus, une séance d’information et de collecte de commentaires tenue à Renfrew (Ontario) à l’intention des prestataires de soins de santé |
| Rehabilitative Care for Older Adults Living With/At Risk of Frailty Framework67 | Revue des cadres d’intervention et des GPC se rapportant aux principaux domaines des soins de réadaptation, y compris la mobilité et les chutes  Revues systématique et études de la portée aussi incluses afin d’en dégager les meilleures pratiques | Préserver votre autonomie (outil d’auto-évaluation)  Test chronométré du lever de chaise de Mathias (TUG)  Test de Tinetti sur la démarche et l’équilibre  Échelle d’évaluation de l’équilibre de Berg  GPC des AGS/BGS (2010)  GPC de NICE sur les chutes chez les aînés (2013)  Cartes de soins – RCA  Empêcher les chutes et réduire les blessures associées – RNAO (2017) | Commentaires concernant les versions préliminaires du cadre d’intervention formulés par les membres du Groupe d’experts en matière de soins de réadaptation aux aînés fragilisés ou à risque de fragilité et du Groupe de consultation d’experts en soins gériatriques spécialisés en réadaptation | Essai pilote du cadre d’intervention effectué par le Centre gériatrique spécialisé du Nord-Est |
| Rehabilitative Care Alliance. Pathway to rehabilitative care for frail older adults in the community presenting to Primary Care post-fall48  Rehabilitative Care Alliance. Pathway to rehabilitative care for frail older adults in the community presenting to Emergency Department post-fall and not requiring acute hospitalization49 | Revue documentaire au sujet des GPC en usage et des interventions en cours en matière de prévention des chutes | Revue des nombreuses ressources sur le dépistage et l’évaluation, par exemple :  Préserver votre autonomie (outil d’auto-évaluation)  Test chronométré du lever de chaise de Mathias (TUG)  Échelle d’évaluation de l’équilibre de Berg  Score de fragilité clinique (Clinical Frailty Scale ou CFS)  Canadian Fall Prevention Curriculum  GPC des AGS/BGS (2010)  Algorithme de prévention des chutes produit par le Comité directeur de la prévention des chutes de Champlain | Première version des cartes de soins passée en revue par diverses parties prenantes, y compris des urgentologues, des gériatres, des médecins en soins primaires, du personnel infirmier et des équipes interprofessionnelles  Première version des cartes de soins validée par le groupe consultatif d’aînés fragilisés et le groupe consultatif de patients et d’aidants naturels de la RCA | Essai pilote des cartes de soins effectué dans trois villes de l’Ontario, soit Hamilton, Thunder Bay et Sudbury.  Essai pilote réalisé suivant le cycle Planifier-Faire-Étudier-Agir (PFEA), en créant des plans d’amélioration de la qualité après chaque cycle PFEA  Séances d’orientation et d’information organisées par chaque site participant |
| RNAO. Empêcher les chutes et réduire les blessures associées. 4e éd. (201714) | Recherche dans les sites Web, les GPC et les ressources connexes produits entre juillet 2010 et mai 2016  12 GPC internationaux évalués à l’aide de la grille d’évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique II (AGREE II)  Revues systématiques des données probantes collectées à l’aide de diverses bases de données (p. ex., CINAHL, MEDLINE, base de données Cochrane sur les revues systématiques) et évaluées séparément par plusieurs réviseurs à l’aide de critères d’inclusion et d’exclusion. | Cinq GPC (ayant obtenu un score moyen ou élevé sur l’échelle de notation de la grille AGREE II) sélectionnés pour orienter les recommandations :  College of Occupational Therapists of Ontario (2015).  GPC de NICE sur les chutes chez les aînés. (2013)  Papaioannou et coll. (2012)  U.S. Preventive Services Task Force. (2012)  Workgroup of the Consensus Conference on Vitamin D for the Prevention of Falls and their Consequences. (2014) | Recommandations préliminaires passées en revue par un panel d’experts de divers secteurs, milieux de travail et rôles au sein du système de santé  Toutes les parties prenantes intéressées invitées à analyser et à fournir des commentaires sur les recommandations préliminaires | Aucun essai pilote  Importante participation des parties prenantes à l’élaboration de la version définitive des recommandations |

\*Liste d’acronymes :

STEADI (stopping elderly accidents, deaths and injuries)

CDC (Centers for Disease Control and Prevention)

AGS/BGS (American and British Geriatrics Societies)

NICE (National Institute for Health and Care Excellence)

AMSTAR 2 (Assessment of Multiple Systematic Review)

SSDMC : Services de soutien à domicile et en milieu communautaire

**Tableau 3 : Utilisation et suivi des guides de pratique clinique**

| **Guide de pratique clinique (GPC)** | **Milieux de travail où le GPC est utilisé** | **Professionnels de la santé qui se servent du GPC** | **Mesures en place pour suivre l’utilisation du GPC et recueillir les commentaires des utilisateurs** |
| --- | --- | --- | --- |
| Algorithme de dépistage, d’évaluation et d’interventions pour risque de chute, Trauma NB (Nouveau-Brunswick43**)** | Soins de santé primaires | Prestataires de soins de santé primaires (p. ex., médecins de famille, infirmières praticiennes) | Pour le moment, aucun mécanisme de suivi de l’utilisation de l’outil et de collecte de commentaires auprès des parties prenantes  Plan de suivi et d’évaluation à mettre en place en consultation avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick après la parution du GPC complet |
| Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Fall Prevention: Risk Assessment and Management for Community-Dwelling Older Adults42 | À l’intention des aînés vivant dans la collectivité, mais aussi utilisés dans les établissements de santé  Distribution effectuée par les régies régionales de la santé de la province | Médecins, infirmières praticiennes, professionnels paramédicaux | Plan de suivi et d’évaluation en cours d’élaboration |
| Centre for Effective Practice. Falls prevention and management44 | Soins de santé primaires en Ontario | Médecins de famille, infirmières praticiennes en soins primaires, membres de l’équipe interprofessionnelle en soins primaires | Suivi des téléchargements du GPC  Sondage apparaissant à l’écran lors de la consultation du site Web comporte des questions sur l’utilisation du GPC  Possibilité pour les utilisateurs de formuler leurs commentaires sur les séances d’information sur le GPC, y compris la formation continue en mode virtuel (séances 1-1) |
| Algorithme de prévention des chutes produit par le Comité directeur de la prévention des chutes de Champlain46 | Aînés vivant dans la collectivité  Consultations externes en soins ambulatoires (outil d’auto-évaluation Préserver votre autonomie)  Établissements hospitaliers (algorithme converti en dossier médical informatisé)  Services d’urgence  Milieux de soins primaires | Médecins de famille, infirmières praticiennes en soins primaires, membres de l’équipe interprofessionnelle en soins primaires, personnel infirmier spécialisé en médecine d’urgence gériatrique | Suivi de l’utilisation de l’algorithme par le personnel infirmier spécialisé en médecine d’urgence gériatrique  Tentative de suivi de l’utilisation de l’algorithme par les utilisateurs des soins primaires par le Comité directeur  Possibilité de suivre les téléchargements de l’outil d’auto-évaluation Préserver votre autonomie sur le site Web du Programme gériatrique régional de l’Est de l’Ontario (PGREO) |
| Rehabilitative Care for Older Adults Living With/At Risk of Frailty Framework67 | Milieux de soins de réadaptation | Professionnels et autres cliniciens spécialisés en soins de réadaptation dans tous les milieux de soins où des soins sont prodigués par l’équipe de soins de réadaptation  Cadres de direction responsables de l’élaboration et du rendement du programme de soins de santé comportant un volet pour les soins de réadaptation | En cours; intégré au processus de planification en cours concernant la mise en œuvre |
| Rehabilitative Care Alliance. Pathway to rehabilitative care for frail older adults in the community presenting to Primary Care post-fall48  Rehabilitative Care Alliance. Pathway to rehabilitative care for frail older adults in the community presenting to Emergency Department post-fall and not requiring acute hospitalization49 | Soins de réadaptation  Soins primaires  Services d’urgence  Destiné à l’ensemble du continuum de soins de réadaptation, y compris pour les soins à domicile, les soins en milieu communautaire et les soins dans les consultations externes | Équipe interprofessionnelle (en concordance avec les meilleures pratiques de soins de réadaptation gériatrique), y compris le personnel infirmier spécialisé en médecine d’urgence gériatrique, les infirmières praticiennes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététistes, les médecins et les gériatres | Pour l’essai pilote, des cliniciens qui utilisent les cartes de de soins ont répondu à un sondage de base et complété trois cycles Planifier-Faire-Étudier-Agir (PFEA) de trois mois, avec un suivi d’une dizaine de patients choisis aléatoirement (par site) dès la première visite aux services d’urgence ou des soins primaires, jusqu’au moment du congé des soins de réadaptation.  Réponses par les patients au questionnaire sur l’expérience des soins dispensés  Analyse des données à la fin de chaque cycle PFEA afin d’orienter le plan d’action |
| RNAO. Empêcher les chutes et réduire les blessures associées. 4e éd. (201714) | Largement utilisé dans les établissements de soins de longue durée, hospitaliers et autres, tant en Ontario qu’ailleurs dans le monde | Recommandations concernant la pratique destinées avant tout au personnel infirmier prodiguant en majeure partie des soins cliniques aux adultes vulnérables aux chutes sur le continuum de soins; auditoire secondaire : autres membres de l’équipe interprofessionnelle collaborant avec le personnel infirmier afin de fournir des soins complets  Recommandations en matière d’enseignement destinées aux personnes et aux organisations responsables de la formation des prestataires de soins de santé (p. ex., personnel enseignant, équipes d’amélioration de la qualité, gestionnaires, cadres de direction, établissements d’enseignement et organisations professionnelles)  Recommandations au sujet de l’organisation et des politiques destinées aux gestionnaires, aux cadres de direction et aux responsables de l’élaboration des politiques chargés de rédiger des politiques ou de fournir le soutien requis au sein du système de santé pour appliquer les meilleures pratiques | Principalement par l’entremise du programme des Organisations vedettes des pratiques exemplaires (OVPE), par lequel les organisations s’entendent officiellement avec la RNAO pour suivre les recommandations de manière systématique  La RNAO soutient les OVPE pour le suivi et l’évaluation des recommandations.  En 2019, la RNAO lance son programme des OVPE à l’intention des équipes Santé Ontario, dont certaines travaillent avec la RNAO pour donner suite aux recommandations concernant la prévention des chutes. |

**Perceptions quant aux similarités et aux différences observées**

À la question de savoir si leurs guides de pratique clinique ressemblaient à d’autres ressources, les répondants sondés ont établi des parallèles entre les domaines de référence et la structure d’autres guides de pratique clinique analysés lors du processus d’élaboration (voir le tableau 2) de même que d’autres guides de pratique clinique qu’ils connaissaient. Voici un aperçu de leurs réponses :

*La base de connaissances scientifique constituerait sans doute la chose la plus logique. En plus de suivre notre processus distinct à nous, nous passons en revue les données probantes intégrées dans d’autres ressources éprouvées en Ontario… Et nous cherchons systématiquement à nous rapprocher le plus possible d’autres ressources du système de santé qui sont utilisées par les prestataires de soins primaires, parce que nous ne voulons pas qu’ils reçoivent des messages contradictoires d’une organisation à l’autre.*

*L’algorithme du Nouveau-Brunswick présente des similarités avec le guide de pratique clinique de la Colombie-Britannique et la version du CDC* [É.-U.]*… et le « grand-père » entre tous – le guide de pratique clinique produit en 2010 par la British Geriatrics Society et l’American Geriatrics Society.*

*Alors je pense que nous* [les membres du Comité directeur de la prévention des chutes de Champlain] *avons été des précurseurs en élaborant les cartes de soins en Ontario. Cependant, comme je l’ai déjà mentionné, le RLISS du Nord-Est* [aujourd’hui appelé les SSDMC du Nord-Est] *a produit quelque chose de semblable au nôtre. Quant au Centre for Effective Practice – le leur s’apparente étroitement au nôtre.*

Les observations faites relativement à l’homogénéité des principales composantes des guides de pratique clinique pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute n’ont rien de surprenant. Dans les conclusions des analyses de la portée et des revues systématiques les plus récentes, les chercheurs soulignent le consensus par rapport aux domaines de référence pris en compte dans les guides de pratique clinique13, 18. Ceux actuellement en usage suivent et reflètent la base de connaissances scientifiques étayant l’utilité d’une approche globale multifactorielle pour évaluer le risque de chute. Comme l’a noté une personne ayant participé aux entretiens :

*À mon avis, et je m’y attendrais, notre guide de pratique clinique est similaire en ce sens qu’il repose sur une approche multifactorielle pour évaluer le risque sous diverses perspectives. Ainsi, il faut aller plus loin que seulement se dire : « alors, l’individu a-t-il trébuché sur quelque chose, ce qui a provoqué la chute? » C’est plus à partir d’une évaluation gériatrique pour examiner le risque de tous les angles.*

Pour parler des différences entre leur guide de pratique clinique et les autres ressources, les répondants ont mentionné deux grands facteurs : l’auditoire cible et la création de ressources et d’autres outils pour faciliter l’emploi efficace du guide de pratique clinique.

Comme le montre le tableau 2, certains guides de pratique clinique sont réservés à des groupes précis : celui du Centre for Effective Practice s’adresse au secteur des soins primaires, et la ressource Rehabilitative Care for Older Adults Living With/At Risk of Frailty Framework et les cartes de soins de la Rehabilitative Care Alliance s’appliquent au milieu des soins de réadaptation. En commentant les cartes de soins, une personne ayant participé aux entretiens fait remarquer ce qui suit :

*Le nôtre est différent, sans doute parce qu’il a été élaboré dans la perspective de la réadaptation… il s’agissait de déterminer la façon d’atténuer la prochaine chute et de nous assurer d’aborder les facteurs de risque observés. En fait, il fallait absolument intégrer la notion des soins de réadaptation pour nous assurer d’accorder plus de place à la situation fonctionnelle de l’individu dans la communauté.*

En revanche, deux guides de pratique clinique, soit celui du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique – Fall Prevention: Risk Assessment and Management for Community-Dwelling Older Adults et celui produit par le Comité directeur de la prévention des chutes de Champlain – l’algorithme de prévention des chutes, ont pour principal auditoire les aînés vivant dans la collectivité. Pour ce qui est de l’algorithme, des répondants ont souligné que la partie sur l’outil d’auto-évaluation Préserver votre autonomie constituait un atout indéniable qui permettait aux aînés d’évaluer eux-mêmes leur risque de chute.

*Nous avons effectivement donné un outil aux gens et nous voulions que l’outil serve aux aînés eux-mêmes… Par conséquent, pour un aîné, c’est à propos de l’outil d’auto-évaluation Préserver votre autonomie… puis, pour les travailleurs de la santé d’une profession réglementée et les médecins, c’est à propos de la partie de l’algorithme qui concerne l’évaluation.*

Les répondantes de deux organisations, soit l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (RNAO) et le Centre for Effective Practice, ont déclaré avoir l’impression que leur guide de pratique clinique respectif se distingue des autres par les ressources et les outils d’aide qui dépassent l’évaluation du risque de chute pour favoriser la mise en œuvre de mesures préventives.

*Je dirais donc que la principale différence entre notre outil et les autres outils et guides de pratique clinique est que notre outil porte aussi sur la marche à suivre. Les autres guides de pratique clinique tournent principalement autour de la démarche – que devraient faire les prestataires de soins? Et notre outil s’appuie sur ces recommandations pour traiter de la façon d’y arriver.*

*Alors, je suppose que c’est en partie parce que nous avons non seulement le guide de pratique clinique… mais en plus tout un système de soutien pour assurer l’application des recommandations et aussi l’évaluation de l’outil à long terme… Nous avons la meilleure série de recommandations fondées sur les pratiques exemplaires… et puis nous avons d’autres outils d’application… une version condensée des recommandations consultable sur votre téléphone intelligent, des fiches d’information en matière d’éducation en santé… nous avons donc dans les faits une panoplie d’outils pour aider les gens à utiliser le guide de pratique clinique de manière concrète.*

**Perceptions quant aux barrières à l’utilisation efficace**

Les recherches au sujet des barrières à l’utilisation des guides de pratique clinique pour le dépistage et l’évaluation du risque de chutes sont rares. Elles prennent généralement la forme d’études qualitatives menées dans les milieux des soins primaires. Parmi les barrières au dépistage et à l’évaluation du risque de chute, celles qui revenaient le plus souvent sont : le manque de connaissances, le manque de formation du personnel, le manque de motivation, les contraintes de temps, les problèmes logistiques (p. ex., horaire), le remboursement du clinicien, le peu de conscientisation à l’importance de la prévention des chutes et le peu d’importance accordé à la prévention des chutes en comparaison avec d’autres priorités de soins gériatriques69-72.

Les perceptions des répondants concernant les difficultés à utiliser efficacement les guides de pratique clinique reflètent pour ainsi dire les résultats de recherche documentaire. Le manque de temps nécessaire au dépistage et à l’évaluation du risque de chute de manière globale constitue l’entrave la plus fréquemment mentionnée :

*Je pense que celui qui me vient à l’esprit comme étant le plus gros problème ou obstacle est le temps nécessaire à l’application* [des guides de pratique clinique]*. Je pense donc qu’un grand nombre d’outils et de recommandations entourant le risque de chute comportent des explications détaillées de la marche à suivre. Pourtant, la façon dont fonctionne notre système de soins primaires rend le processus infaisable. C’est pourquoi il se révèle impossible pour un bon nombre de prestataires de services de les insérer dans leurs activités.*

*Je dirais que le personnel manque de temps. Lors des admissions, par exemple, il a tellement d’autres choses à évaluer en même temps, surtout si la personne est très, très malade. Cela ne devrait pas arriver, mais elle* [l’évaluation du risque de chute] *tombe ni plus ni moins au bas de la liste des priorités.*

Les autres barrières signalées par les répondants et qui coïncident avec les constatations des recherches tournent autour de ce qui suit : manque de formation du personnel, problèmes logistiques (p. ex., manque de disponibilité d’évaluateurs compétents en tout temps dans les établissements de santé), problèmes de remboursement pour les médecins et manque de conscientisation au fait que les chutes sont évitables. Comme l’a fait remarquer l’une des personnes participant aux entretiens, cette croyance s’étend souvent aux cliniciens prodiguant des soins à des aînés.

*Bien des gens ne savent pas que les chutes sont évitables. Je parle même de personnes possédant une formation en soins cliniques. La croyance veut que les chutes fassent suite à un accident et que les accidents fassent partie de la vie… lorsque nous avons commencé nos présentations au comité consultatif chargé du guide de pratique clinique, les membres – détenant tous un diplôme en médecine – ont été surpris d’apprendre l’ampleur du fardeau des chutes, le fait que les chutes étaient évitables et que des guides de pratique clinique existaient déjà.*

L’une des difficultés citées ne ressortait pas de façon aussi nette dans la littérature : la façon de penser des aînés qui font l’objet d’une évaluation du risque de chute. Un bon nombre de répondants ont déclaré que les personnes soumises à une évaluation du risque de chute, qui pourraient dans de nombreux cas être très, très malades, ignorent peut-être l’utilité de connaître les conseils reçus dans ce contexte pour éviter d’autres chutes à l’avenir parce qu’elles croulent sous la surcharge d’information.

*Un autre problème ayant attiré notre attention est que les patients eux-mêmes se sentent dépassés par les événements au moment de leur arrivée. En plus, parfois, les guides de pratique clinique font en sorte d’inonder les patients d’un seul coup… et, malheureusement, cela a pour effet de les dérouter à un point tel qu’ils ne sont pas capables d’absorber tout ce qui leur est donné.*

*Comme médecin, vous leur recommandez douze choses à faire, puis vous leur demandez de vous expliquer le problème. Des détails vont passer sous silence. Des détails sont susceptibles de tomber dans les craques.*

**Solutions pour surmonter les barrières**

Les personnes ayant répondu au sondage ont proposé divers moyens pour surmonter les obstacles au dépistage et à l’évaluation efficaces du risque de chute. L’un des principaux thèmes qui sont ressortis concerne la « normalisation » de l’évaluation du risque de chute comme mesure de prévention en santé. Plus précisément, il faut des campagnes de communication pour encourager les aînés à prendre régulièrement un rendez-vous pour un dépistage et une évaluation de leur risque de chute auprès de leur prestataire de soins de santé.

*Je pense que l’autre élément consisterait aussi à simplement normaliser l’évaluation et la prévention du risque de chute… car ce n’est pas comme le diabète ou la douleur chronique ou un autre problème pour lequel le patient prend systématiquement un rendez-vous auprès de son fournisseur de soins de santé primaires pour en parler… il s’agit d’un sujet à aborder annuellement dès l’âge de 65 ans.*

*À mon avis, il faut en plus conscientiser la population en expliquant que les chutes et les blessures attribuables à une chute n’ont rien de normal. Vous n’empêcherez sans doute pas toutes les chutes. Toutefois, si vous parvenez à prévenir les blessures liées aux chutes, vous allez dans la bonne direction.*

L’une des personnes ayant participé aux entretiens a mentionné la pandémie de COVID-19 comme étant un frein à l’évaluation du risque de chute (« on nous a dit… que les médecins étaient épuisés dû à la pandémie; ils ne voulaient donc rien changer à leurs pratiques »). Elle a poursuivi en décrivant la manière de tirer profit de la pandémie dans le contexte actuel de la politique de santé pour raffermir l’engagement envers l’évaluation du risque de chute.

*Les aînés restent à la maison pour éviter la COVID-19 et ne sont plus engagés de la même façon dans leur communauté – ils ne vont plus aux cours de conditionnement physique. Nous savons que les chutes et le risque de chute augmentent probablement et que les gens perdent leur forme physique… qu’est-ce qui pourrait aider les gens à composer avec la situation? Les mêmes éléments qui aideraient à diminuer le risque de chute!... Aussi, j’ai l’impression que nous devons nous arrimer avec les circonstances et reconnaître que l’occasion stratégique se présente là où vous le voulez.*

Les répondants ont en outre insisté sur la nécessité de faire prendre conscience de l’utilité du dépistage et de l’évaluation du risque de chute aux prestataires de première ligne, qui ne connaissent peut-être pas l’importance d’utiliser une méthode détaillée à cet effet.

*La plupart des travailleurs de première ligne ne savent pas trop, trop, par exemple, à quoi sert le guide de pratique clinique de la RNAO… ils disposent simplement d’une feuille et d’une grille. Ils ne connaissent ni le contexte ni aucun autre détail à ce sujet… nous devons absolument travailler en équipe et faire participer les clients et les résidents et communiquer les facteurs de risque.*

*Et je pense que les équipes Santé Ontario doivent le comprendre aussi. Si elles n’y adhèrent pas, si le Ministère n’y adhère pas, il ne se passera rien… Je pense que les équipes Santé Ontario doivent pousser le Ministère à permettre aux cabinets de médecins de s’engager sur ce plan* [dépistage et évaluation du risque de chute]*.*

Les changements dans les politiques de ressources humaines du système de santé qui font en sorte de faciliter l’accès au dépistage et à l’évaluation du risque de chute font aussi partie des pistes de solution avancées. Une des personnes ayant participé aux entretiens a expliqué que le prolongement des heures de disponibilité du personnel infirmier spécialisé en médecine d’urgence gériatrique avait permis à un plus grand nombre d’aînés de faire évaluer leur risque de chute.

*Du point de vue des travailleurs de la santé, de façon générale, les gens qui font une chute ne consultent pas nécessairement durant les heures de travail habituelles. De façon tout aussi générale, les professionnels qui utilisent ces guides de pratique clinique sont sur place du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h, n’est-ce pas? Dans ce cas, si les gens nous arrivent le soir ou le week-end, nous devons trouver une façon d’assurer l’application de ces guides de pratique clinique… dans un établissement, on a d’ailleurs modifié l’horaire de travail de l’infirmière spécialisée en médecine d’urgence gériatrique… pour que celle-ci puisse s’occuper des gens qui arrivent plus tard, en soirée… il importe donc de trouver le moyen de pouvoir aider en tout temps.*

L’une des solutions qui tombent sous le sens pour remédier aux contraintes de temps par rapport au dépistage et à l’évaluation du risque de chute consisterait à élaborer des guides de pratique clinique plus concis. Lors des entretiens, les points de vue divergeaient quant à la justesse de cette option. Bien qu’une personne ayant participé aux entretiens s’est dit d’accord avec la notion « de choisir ce qui est plus pratique et de fournir des façons de décortiquer l’évaluation du risque de chute en plus petits morceaux plus faciles à gérer », un médecin a mis en garde contre l’idée « de permettre aux médecins d’influencer l’élaboration des algorithmes, car ils réduiront tellement les algorithmes à leur plus simple expression que ceux-ci perdront leur valeur… vous ne voulez pas en limiter l’efficacité dans l’espoir de mieux les faire accepter ».

**Recommandations pour mieux harmoniser le mode de dépistage et d’évaluation du risque de chute à l’échelle systémique : points de vue des répondants**

Les études sur les barrières systémiques en matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute font ressortir des problèmes récurrents, tels que le manque de coordination et de communication entre les principaux prestataires de service, l’insuffisance des ressources humaines et financières nécessaires au travail de prévention des chutes, les restrictions des mandats organisationnels et le fonctionnement en « silo » dans le système de santé, qui nuisent à la collaboration interdisciplinaire nécessaire à l’efficacité des activités de prévention des chutes69-72. Ces constatations laissent suggérer que tout effort pour améliorer la qualité ou l’uniformité des guides de pratique clinique pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute ne donnera aucun résultat concluant tant qu’un système mieux harmonisé et mieux intégré favorisant leur mise en œuvre ne sera pas mis en place.

Il est possible de regrouper les suggestions formulées lors des entretiens quant aux mesures à prendre pour mieux harmoniser le mode de dépistage et d’évaluation du risque de chute à l’échelle systémique sous un certain nombre de thèmes. Les répondants ont commencé par souligner l’importance d’améliorer la communication entre les principales parties prenantes, y compris les personnes responsables du dépistage et de l’évaluation du risque de chute. Ils ont déclaré qu’il fallait absolument la participation des équipes Santé Ontario vu le rôle de celles-ci dans la réforme du système de santé :

*Bon, je pense à la clarté et à la communication des détails entourant les processus employés. Il importe aussi de considérer la pertinence selon les secteurs, car des nuances s’imposent ici… Je pense que les équipes Santé Ontario peuvent servir à soutenir la vision. Il en est de même pour la clarté et la communication en variant les façons. Et examiner quelques-uns des obstacles, et les obstacles à la mise en œuvre.*

*Selon moi, les conversations avec les équipes Santé Ontario sont déterminantes… le mécanisme consisterait en réalité, vu la visée du gouvernement, à faire examiner la prestation des soins par les équipes Santé Ontario.*

Les répondants se sont entendus pour dire que la consultation avec les principaux groupes de parties prenantes devrait se concentrer sur l’élaboration de mesures et d’indicateurs plus homogènes. D’après eux, cette démarche se révèle essentielle pour faire converger les méthodes de travail des responsables du dépistage et de l’évaluation du risque de chute.

*S’il est possible de mesurer les résultats sur des points communs qui pourront ensuite être comparés selon les régions, ce serait utile, à mon avis.*

*L’autre élément serait la prise de mesures par les équipes Santé Ontario, puis l’analyse des indicateurs et des mesures de résultats. Il importe selon moi de veiller à ce que les équipes Santé Ontario mesurent les mêmes éléments.*

L’une des personnes ayant participé aux entretiens a expliqué la mesure dans laquelle la standardisation des indicateurs du dépistage et de l’évaluation du risque de chute aurait pour effet de générer des données utiles pour justifier un investissement plus important dans le domaine de la prévention des chutes.

*Je pense que les données peuvent servir à orienter les décisions… Cependant, la question est de savoir s’il serait possible de corréler les données sur les admissions dans un établissement de santé et en milieu communautaire aux répercussions d’une chute, et les données sur les admissions dans un établissement de soins de longue durée aux chutes, puis de rapprocher le tout à la collecte de données entourant les mécanismes de dépistage et le nombre d’évaluations et, alors, de voir si l’augmentation du nombre de dépistages et d’évaluations permet de constater une diminution du nombre d’hospitalisations. Si nous pouvons mettre les deux en parallèle, peut-être que le message en ressortant serait qu’il s’agit en fait d’une démarche valide.*

Quelques répondants ont mentionné pencher pour un processus de consultation plus ambitieux, allant au-delà des indicateurs de dépistage et d’évaluation. La communication entre les principaux groupes de prestataires de services pourrait permettre de parvenir à un consensus sur des questions à l’origine de divergences d’opinion quant aux domaines de référence traités dans les guides de pratique clinique en matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute. Cela n’implique pas nécessairement de créer un nouveau guide de pratique clinique standard. Il s’agirait plutôt de parvenir à un consensus sur les principaux domaines de référence couverts dans l’évaluation du risque de chute à offrir à l’ensemble des aînés sur le continuum de soins.

*Avec l’Ontario, peut-être tendre vers un objectif précis. Je veux dire que nous voulions produire notre propre guide de pratique clinique en partie parce que cela aurait pour effet de mieux faire prendre conscience que les chutes sont quelque chose à prévenir et de fournir un moyen d’arriver à un consensus… Ainsi, nous avons des collègues très investis dans la protection des hanches et d’autres qui disent « eh bien, à quoi ça sert? » […] vous avez ces conversations, puis une décision à prendre, et la question finit par être réglée. Alors, il ne faut peut-être pas un guide de pratique clinique […], peut-être pas des recommandations propres à l’Ontario […], mais j’ai l’impression qu’il faut quelque chose de concret sur lequel tout le monde se mettrait d’accord.*

Les répondants ont nuancé les recommandations relativement à l’harmonisation et à l’intégration de l’approche en matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute en sachant que les particularités inhérentes au système de santé de l’Ontario n’en facilitaient pas la réalisation. Plus précisément, l’absence d’un mandat officiel pour une meilleure coordination, la diversité des parties prenantes et la structure du Groupe de collaboration pour la prévention des chutes comme telle entrave l’adoption de solutions simples à court terme en vue d’une approche mieux harmonisée à l’échelle du système.

*C’est difficile dans les provinces plus imposantes aux très nombreuses parties prenantes et autorités de santé différentes comme l’Ontario.*

*C’est très difficile en Ontario de rassembler les gens sur une base volontaire et de proposer que des gens qui en sont à divers points dans leur travail arrivent à un consensus. Je pense que c’est plus facile lorsqu’il s’agit d’un mandat du ministère de la Santé ou de Santé Ontario. Tout le monde a des sources de financement, des priorités et des échéanciers différents. À mon avis, il est très difficile de forcer la cohésion d’un groupe comme celui-là sans un mandat à cet effet.*

**Prochaines étapes**

À l’avenir, le Groupe de collaboration pour la prévention des chutes de l’Ontario pourrait mettre en place un train de mesures pour s’assurer que les guides de pratique clinique en matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute en usage dans les quatre coins de la province sont appliqués. Comme il est suggéré dans le premier rapport, le Groupe de collaboration pourrait en effet intervenir sur ce plan en menant des consultations avec les responsables du dépistage et de l’évaluation du risque de chute, par exemple les équipes Santé Ontario, pour recueillir des commentaires au sujet des difficultés fondamentales et des priorités rattachées au dépistage et à l’évaluation du risque de chute, résoudre les problèmes en suspens et trouver des solutions viables.

L’un des problèmes qu’il serait sans doute possible de résoudre grâce à de telles consultations concerne la nécessité d’intégrer trois mesures cruciales dans le dépistage du risque de chute chez les aînés. Comme l’indique le premier rapport, les études montrent que trois indicateurs de base – les questions au sujet des antécédents de chutes, les questions au sujet des troubles de la marche et de l’équilibre et l’observation de la marche et de l’équilibre – constituent d’importantes mesures de dépistage du risque de chute dans tous les milieux des soins de santé13. Les responsables d’évaluer le risque de chute chez les aînés, y compris les équipes Santé Ontario, devraient à tout le moins inclure ces mesures dans les protocoles de dépistage.

Il faudrait en outre multiplier les efforts pour s’assurer d’harmoniser les nouveaux indicateurs de la prévention des chutes avec les guides de pratique clinique en matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute en usage en Ontario. À Santé publique Ontario, un essai pilote des indicateurs de prévention des chutes (axés aussi bien sur les chutes que sur les programmes) est en cours à l’heure actuelle pour le compte du secteur de la santé publique. L’établissement d’indicateurs de prévention des chutes axés sur les chutes et sur les programmes est également prévu pour le compte du secteur des soins primaires et fera partie des questions abordées lors des toutes prochaines consultations auprès des parties prenantes. Le Groupe de collaboration pour la prévention des chutes de l’Ontario devrait par ailleurs veiller à l’harmonisation de tels indicateurs avec les guides de pratique clinique en matière de dépistage et d’évaluation du risque de chute appliqués dans la province, y compris les algorithmes et les cartes de soins. Il serait en outre possible d’étendre cette démarche à l’élaboration d’un plan de mise en œuvre qui préciserait les avantages des indicateurs pour soutenir les activités de suivi en cours et orienter les processus de planification et d’évaluation des interventions.

En dernier lieu, les séances de consultation des parties prenantes pourraient inclure d’autres discussions sur la multitude de barrières entravant le travail de dépistage et d’évaluation du risque de chute chez les aînés et sur les solutions possibles en la matière. Tous les outils et toutes les ressources de dépistage et d’évaluation du risque de chute qui sont fondés sur des données probantes et qui sont mentionnés dans le présent document ont des points en commun. Surmonter les facteurs organisationnels, sociaux, économiques et systémiques en empêchant l’application demeure l’éternel défi.

Il est à espérer que les pistes de solutions mentionnées dans le présent document faciliteront l’élaboration d’un plan d’action réalisable et que le Groupe de collaboration pour la prévention des chutes de l’Ontario pourra le mettre en œuvre pour favoriser l’avènement d’une approche uniforme s’harmonisant avec le dépistage et l’évaluation du risque de chute sur l’ensemble du continuum de soins en Ontario. Ces premières suggestions feront l’objet de peaufinages lorsque le Groupe de collaboration entamera ses échanges avec l’éventail des parties prenantes travaillant dans les secteurs des soins en milieu communautaire et des soins primaires.

**Références bibliographiques**

1. Bergen G, Stevens MR, Burns ER. Falls and Fall Injuries Among Adults Aged ≥65 Years – United States, 2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016, sep 23;65(37):993-8. doi: 10.15585/mmwr.mm6537a2
2. Peel NM. Epidemiology of falls in older age. Can J Aging. 2011;30(1):7-19. doi: 10.1017/S071498081000070X
3. Gill TM, Murphy TE, Gahbauer EA, Allore HG. Association of injurious falls with disability outcomes and nursing home admissions in community-living older persons. Am J Epidemiol. 2013;178(3):418-25. doi: 10.1093/aje/kws554
4. Katsoulis M, Benetou V, Karapetyan T, et al. Excess mortality after hip fracture in elderly persons from Europe and the USA: the CHANCES project. J Intern Med. 2017;281(3):300-10. doi: 10.1111/joim.12586
5. Agence de la santé publique du Canada. Chutes chez les aînés au Canada : deuxième rapport. Ottawa (ON): ministre de la Santé; 2014 [cité le 17 oct 2021]. Disponible: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/assets/pdf/seniors_falls-chutes_aines-fra.pdf>
6. Li Y, Liu M, Sun X, Hou T, Tang S, Szanton SL. Independent and synergistic effects of pain, insomnia, and depression on falls among older adults: a longitudinal study. BMC Geriatr. 2020, nov 23;20(1):491. doi: 10.1186/s12877-020-01887-z
7. Scheffer AC, Schuurmans MJ, van Dijk N, van der Hooft T, de Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. Age Ageing. 2008;37(1):19-24. doi: 10.1093/ageing/afm169
8. Heinrich S, Rapp K, Rissmann U, Becker C, König HH. Cost of falls in old age: a systematic review. *Osteoporos Int*. 2010;21(6):891-902. doi: 10.1007/s00198-009-1100-1
9. Parachute, BC Injury Research and Prevention Unit, Agence de la santé publique du Canada. Potentiel perdu, potentiel de changement : le coût des blessures du Canada 2021. Toronto (ON): Parachute; 2021. Récupéré le 18 octobre au <https://parachute.ca/fr/ressource-professionnelle/le-cout-des-blessures-au-canada/>
10. Montero-Odasso M, van der Velde N, Alexander NB, et al. New horizons in falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2021;50(5):1499-507. doi: 10.1093/ageing/afab076
11. James SL, Lucchesi LR, Bisignano C, et al. The global burden of falls: global, regional and national estimates of morbidity and mortality from the Global Burden of Disease Study 2017. Inj Prev. 2020;26 Suppl 1:i3-i11. doi: 10.1136/injuryprev-2019-043286
12. National Center for Biotechnology Information-National Library of Medicine-National Institutes of Health. What are clinical practice guidelines? 2006. Récupéré le 17 octobre 2021 au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390308/> (en anglais)
13. Williams-Roberts H, Arnold C, Kemp D, Crizzle A, Johnson S. Scoping Review of Clinical Practice Guidelines for Fall Risk Screening and Assessment in Older Adults across the Care Continuum. Can J Aging. 2021;40(2):206-23. doi: 10.1017/S0714980820000112
14. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario. Empêcher les chutes et réduire les blessures associées. 4e éd. Toronto (ON): auteur; 2017, sep. Récupéré le 16 octobre 2021 au <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Empecher_les_chutes_-_Final_December_2017.pdf>
15. Kim J, Lee W, Lee SH. A Systematic Review of the Guidelines and Delphi Study for the Multifactorial Fall Risk Assessment of Community-Dwelling Elderly. Int J Environ Res Public Health. 2020 août 21;17(17):6097. doi: 10.3390/ijerph17176097
16. Partenariat des RLISS. (2011). Projet provincial d’intégration des initiatives de prévention des chutes : cadre stratégique et boîte à outils. Toronto (ON) : Imprimeur de la Reine pour l’Ontario.
17. Hyndman, B. Towards an Integrated, Systems-Based Approach to Fall Prevention in Ontario: An Environmental Scan of Current Interventions and Recommendations for Action. Toronto (ON): Fondation ontarienne de neurotraumatologie; 2018
18. Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, et al. Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review. JAMA Netw Open. 2021 déc 1;4(12):e2138911. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.38911.doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.38911
19. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 2022;51(9):afac205. doi:10.1093/ageing/afac205
20. Gagnon, C., Lafrance, M. Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l’élaboration d’un guide de pratique clinique. Québec (QC): Institut national de santé publique du Québec; 2011. Récupéré le 16 octobre 2021 au <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1241_prevchutespersageesanalyserecomm.pdf>
21. Scott, V., Bawa, H., Feldman, F., Sims-Gould, J., Leung, M., Tan, N. Promoting Active Living (PAL): Best Practice Guidelines for Fall Prevention in Assisted Living. Victoria (BC): ministère de la Vie saine et des Sports; 2008.
22. Office régional de la santé de Winnipeg. Falls prevention and management. Regional clinical practice guidelines: Acute care facilities; Personal care homes/Long term care facilities; Community services and programs. Winnipeg (MN): ORSW; 2011 mai. Récupéré le 19 octobre au <https://professionals.wrha.mb.ca/old/extranet/eipt/files/EIPT-007-001.pdf> (en anglais)
23. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. 2010 AGS/BGS Clinical Practice Guidelines: Prevention of falls in older persons. Summary of recommendations. 2010. Récupéré le 20 octobre 2021 au <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2010-AGSBGS-Clinical.pdf> (en anglais)
24. American Medical Directors Association. Falls and fall risk clinical practice guidelines. Columbia (MD): AMDA; 2011.
25. Avin KG, Hanke TA, Kirk-Sanchez N, et al. Management of falls in community-dwelling older adults: clinical guidance statement from the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. Phys Ther. 2015;95(6):815-34. doi: 10.2522/ptj.20140415
26. Degelau J, Belz M, Bungum L, Flavin P, et al. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2008.
27. Health Care Association of New Jersey. Fall management guideline. 2012. Récupéré le 20 octobre 2021 au <https://www.hcanj.org/files/2013/09/hcanjbp_fallmgmt13_050113_2.pdf> (en anglais)
28. Kruschke C, Butcher HK. Evidence-Based Practice Guideline: Fall Prevention for Older Adults. J Gerontol Nurs. 2017;43(11):15-21. doi: 10.3928/00989134-20171016-01
29. Leland, N., Elliott, S.J., Johnson, R.J. Productive aging for community dwelling older adults. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association Inc.; 2012.
30. Naqvi, F., Lee, S., Field S.D. An evidence-based review of the NICHE guidelines for preventing falls in older adults in an acute care setting. Geriatrics.2009;(64)3:10-26.
31. Thurman, D.J., Stevens, J.A., and Rau, J.K. Practice parameter: Assessing patients in a neurology practice for risk of falls (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2008;70(6):473-79.
32. US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Curry SJ, et al. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018;319(16):1696-704. doi: 10.1001/jama.2018.3097
33. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Preventing falls and harm from falls in older people: Best practice guidelines for Australian community care. [Ville inconnue] (AU): Commonwealth of Australia; 2009 [cité le 19 oct 2021]. Disponible: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/preventing-falls-and-harm-falls-older-people-best-practice-guidelines-australian-community-care> (en anglais)
34. Beauchet O, Dubost V, Revel Delhom C, Berrut G, Belmin J, French Society of Geriatrics and Gerontology. How to manage recurrent falls in clinical practice: guidelines of the French Society of Geriatrics and Gerontology. J Nutr Health Aging. 2011;15(1):79-84. doi: 10.1007/s12603-011-0016-6
35. Kim KI, Jung HK, Kim CO, et al. Evidence-based guidelines for fall prevention in Korea. Korean J Intern Med. 2017;32(1):199-210. doi: 10.3904/kjim.2016.218
36. Shyamala T, Wong SF, Andiappan A, et al. Health Promotion Board-Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Falls Prevention among Older Adults Living in the Community. Singapore Med J. 2015;56(5):298-301. doi: 10.11622/smedj.2015073
37. van der Marck MA, Klok MP, Okun MS, et al. Consensus-based clinical practice recommendations for the examination and management of falls in patients with Parkinson’s disease. Parkinsonism Relat Disord. 2014;20(4):360-69. doi: 10.1016/j.parkreldis.2013.10.030.
38. National Institute for Health and Care Excellence. Falls in older people: assessing risk and prevention. Clinical guideline [CG161]. [Ville inconnue] (GB): NICE; 2013 juin 12 [cité le 19 oct 2021]. Disponible: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161> (en anglais)
39. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. Maturitas. 2013;75(1):51-61. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.02.009
40. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: “It’s always a trade-off”. JAMA. 2010;303(3):258-66. doi: 10.1001/jama.2009.2024.
41. Moreland J, Richardson J, Chan D, et al. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. Gerontology. 2003;49(2):93-116. doi: 10.1159/000067948
42. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Fall Prevention: Risk Assessment and Management for Community-Dwelling Older Adults[En ligne]. [Ville inconnue] (BC): Santé Colombie-Britannique; 2021 [cité le 19 oct 2021]. Disponible: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/fall-prevention> (en anglais)
43. Trauma NB. Lignes directrices de pratique clinique. Algorithme de dépistage, d’évaluation et d’interventions pour risque de chute [En ligne]. [Date inconnue] [cité le 20 oct 2021]. Disponible: <https://www.trouverlequilibrenb.ca/copy-of-algorithm>
44. Centre for Effective Practice. Falls prevention and management, Toronto (ON): CEP; 2021 [cité le 20 oct 2021]. Disponible: <https://tools.cep.health/tool/falls-prevention-and-management/> (en anglais)
45. Réseau local d’intégration des services de santé du Nord-Est. Fall Prevention in Primary Care. Assessment to Intervention. Project Report. Sudbury (ON): RLISS du Nord-Est; 2017 mars [cité le 10 nov 2021]. Disponible: <file://ad.michener.ca/data/home/BHyndman/Downloads/Report%20on%20Falls%20prevention%20in%20Primary%20Care%20March%202017.pdf> (en anglais)
46. Réseau local d’intégration des services de santé de Champlain. Algorithme de prévention des chutes – à l’intention des professionnels de la santé. Ottawa (ON): RLISS de Champlain; 2015 août [cité le 10 nov 2021]. Disponible: <https://www.lignesantechamplain.ca/healthlibrary_docs/FallsPrevention_Algorithm_Oct,15_FR.pdf>
47. Rehabilitative Care Alliance. Pathways to rehabilitative care for frail older adults in the community presenting to Primary Care or ED post-fall: Pilot Report. Toronto (ON): RCA; 2020 juil [cité le 10 nov 2021]. Disponible: <http://rehabcarealliance.ca/uploads/File/Initiatives_and_Toolkits/Frail_Seniors/Post-Fall_Pathways_Pilot_Report.pdf> (en anglais)
48. Rehabilitative Care Alliance. Pathway to rehabilitative care for frail older adults in the community presenting to Emergency Department post-fall and not requiring acute hospitalization. Toronto (ON): RCA; 2021 août [cité le 10 nov 2021]. Disponible: <http://rehabcarealliance.ca/uploads/File/Initiatives_and_Toolkits/Frail_Seniors/ED_Post-fall_Rehabilitative_Care_Pathway_-_FINAL.pdf> (en anglais)
49. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 2011;59(1):148-57. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x
50. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. Phys Ther. 2000;80(9):896-903.
51. Muir SW, Berg K, Chesworth B, Speechley M. Use of the Berg Balance Scale for predicting multiple falls in community-dwelling elderly people: a prospective study. Phys Ther. 2008;88(4):449-59. doi: 10.2522/ptj.20070251
52. Abbruzze, LD. The Tinetti performance-oriented mobility assessment tool. Am J Nurs. 1998;98(12):16J-L.
53. Barry E, Galvin R, Keogh C, Horgan F, Fahey T. Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr. 2014 fév 1;14:14. doi: 10.1186/1471-2318-14-14
54. Beauchet O, Fantino B, Allali G, Muir SW, Montero-Odasso M, Annweiler C. Timed Up and Go test and risk of falls in older adults: a systematic review. J Nutr Health Aging. 2011;15(10):933-38. doi: 10.1007/s12603-011-0062-0
55. Kojima G, Masud T, Kendrick D, et al. Does the timed up and go test predict future falls among British community-dwelling older people? Prospective cohort study nested within a randomised controlled trial. BMC Geriatr. 2015 avril 3;15:38. doi: 10.1186/s12877-015-0039-7.
56. Lusardi MM, Fritz S, Middleton A, et al. Determining Risk of Falls in Community Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis Using Posttest Probability. J Geriatr Phys Ther. 2017;40(1):1-36. doi: 10.1519/JPT.0000000000000099
57. Beck Jepsen D, Robinson K, Ogliari G, et al. Predicting falls in older adults: an umbrella review of instruments assessing gait, balance, and functional mobility [published correction appears in BMC Geriatr. 2022 Oct 5;22(1):780]. *BMC Geriatr*. 2022, juil;22(1):615. doi:10.1186/s12877-022-03271-5
58. Johnson M, George A, Tran DT. Analysis of falls incidents: Nurse and patient preventive behaviours. Int J Nurs Pract. 2011;17(1):60-66. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01907.x
59. Rice LA, Ousley C, Sosnoff JJ. A systematic review of risk factors associated with accidental falls, outcome measures and interventions to manage fall risk in non-ambulatory adults. Disabil Rehabil. 2015;37(19):1697-705. doi: 10.3109/09638288.2014.976718
60. Davenport K, Cameron A, Samson M, Sri-On J, Liu SW. Fall Prevention Knowledge, Attitudes, and Behaviors: A Survey of Emergency Providers. West J Emerg Med. 2020 juil 10;21(4):826-30. doi: 10.5811/westjem.2020.4.43387
61. Groupe de collaboration pour la prévention des chutes de l’Ontario. Survey on fall prevention screening and assessment tool utilization in Ontario: summary of key findings. Toronto (ON): Fondation ontarienne de neurotraumatologie; 2021.
62. Wilkinson A, Meikle N, Law P, et al. How older adults and their informal carers prevent falls: An integrative review of the literature. Int J Nurs Stud. 2018;82:13-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.03.002
63. Loganathan A, Ng CJ, Tan MP, Low WY. Barriers faced by healthcare professionals when managing falls in older people in Kuala Lumpur, Malaysia: a qualitative study. BMJ Open. 2015 nov 5;5(11):e008460. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008460.
64. Dykeman CS, Markle-Reid MF, Boratto LJ, et al. Community service provider perceptions of implementing older adult fall prevention in Ontario, Canada: a qualitative study. BMC Geriatr. 2018 fév 1;18(1):34. doi: 10.1186/s12877-018-0725-3
65. Liddle J, Lovarini M, Clemson L, et al. Making fall prevention routine in primary care practice: perspectives of allied health professionals. BMC Health Serv Res. 2018 août 3;18(1):598. doi: 10.1186/s12913-018-3414-1
66. Rehabilitative Care Alliance-Leadership provincial en gériatrie de l’Ontario. Rehabilitative Care for Older Adults Living With/At Risk of Frailty Framework. Toronto: RCA-LPGO, 2022 [cité le 4 mai 2022]. Disponible: <https://rgps.on.ca/events/rehabilitative-care-for-older-adults-living-with-at-risk-of-frailty-from-frailty-to-resilience/>
67. Université de la Saskatchewan-Saskatchewan Health Research Foundation-Saskatchewan Centre for Patient-Oriented Research. Be Proactive, Not Reactive. A Collaborative Approach to Fall Risk Identification, Prevention and Post-Fall Care for Older Adults in Saskatchewan. 2021 [cité le 10 nov 2021]. Disponible: <https://rehabscience.usask.ca/documents/be-proactive-not-reactive.pdf> (en anglais)
68. Chou WC, Tinetti ME, King MB, Irwin K, Fortinsky RH. Perceptions of physicians on the barriers and facilitators to integrating fall risk evaluation and management into practice. J Gen Intern Med. 2006;21(2):117-122. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00298.x
69. Koh SS, Manias E, Hutchinson AM, Donath S, Johnston L. Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. BMC Health Serv Res. 2008, 18 mai;8:105. doi:10.1186/1472-6963-8-105
70. Milisen K, Geeraerts A, Dejaeger E; Scientific Working Party, Uniform Approach for Fall Prevention in Flanders. Use of a fall prevention practice guideline for community-dwelling older persons at risk for falling: a feasibility study. Gerontology. 2009;55(2):169-178. doi:10.1159/000165172
71. Barmentloo LM, Dontje ML, Koopman MY, et al. Barriers and Facilitators for Screening Older Adults on Fall Risk in a Hospital Setting: Perspectives from Patients and Healthcare Professionals. Int J Environ Res Public Health. 2020, 25 fév;17(5):1461. doi:10.3390/ijerph17051461

**Annexe A : Protocole d’entretien avec les informateurs clés au sujet des guides de pratique clinique pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute**

**Introduction**

Bonjour,

Je me nomme Brian Hyndman, et je suis le consultant en recherche responsable de mener l’entretien au nom du Groupe de collaboration pour la prévention des chutes de l’Ontario. Je vous remercie d’avoir accepté de discuter avec moi.

Je vous rappelle que l’entretien devrait durer de 30 à 45 minutes. Vous participez sur une base volontaire.

Avant d’aller plus loin, j’aimerais vous poser quelques questions sur votre participation :

* Avez-vous lu l’information fournie dans le premier courriel qui vous a été envoyé? (Oui/non)
* Avez-vous des questions au sujet de l’entretien? (Oui/non)
* Avons-nous répondu de façon satisfaisante à vos questions? (Oui/non)
* Acceptez-vous de participer à l’entretien en sachant que vous le faites sur une base volontaire et que vous pouvez terminer l’entretien en m’informant de votre décision? (Oui/non)
* Est-ce que vous nous autorisez à enregistrer l’entretien afin d’assurer l’exactitude des renseignements recueillis et d’analyser les données? (Oui/non)
* Donnez-vous votre accord pour que certains de vos commentaires soient inclus dans le rapport du projet afin d’illustrer les propos? (Oui/non)
* Tenez-vous à relire la transcription de nos discussions? (Oui/non)
* Avez-vous d’autres questions?

Merci. Passons maintenant aux questions de l’entretien comme tel.

1. Pourriez-vous brièvement m’expliquer la méthode que vous avez employée pour rédiger votre guide de pratique clinique?

* Revue des données probantes
* Intégration d’outils de dépistage en usage
* Intégration d’outils d’évaluation en usage
* Commentaires des parties prenantes et des spécialistes
* Essai pilote et test de mise en œuvre

1. Quelles parties prenantes ou organisations se servent de votre guide de pratique clinique pour évaluer le risque de chute?

* Milieux où le guide de pratique clinique est utilisé (p. ex., soins de courte durée, soins cliniques, soins de longue durée)
* Professionnels de la santé ayant recours au guide de pratique clinique (p. ex., personnel infirmier, physiothérapeutes)

1. Avez-vous mis en place des mécanismes de suivi de votre guide de pratique clinique et de collecte des commentaires des parties prenantes? Le cas échéant, veuillez les décrire.
2. À votre avis, quelles sont les similarités entre votre guide de pratique clinique et les autres guides de pratique clinique pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute? Quelles sont les différences?
3. Selon vous, quelles grandes barrières nuisent à l’usage efficace des guides de pratique clinique pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute?
4. Avez-vous des suggestions pour résoudre les difficultés?
5. L’une des priorités du Groupe de collaboration pour la prévention des chutes de l’Ontario est de faire en sorte que le dépistage et l’évaluation du risque de chute se fassent suivant une démarche harmonisée à l’échelle du système. À votre avis, quelles seraient les étapes à suivre pour réaliser cette vision?
6. Avez-vous d’autres points à souligner concernant les guides de pratique clinique pour le dépistage et l’évaluation du risque de chute et que je n’ai pas couverts avec mes questions et que vous voulez ajouter?

Je vous remercie infiniment de votre participation et de votre temps et de nous avoir donné votre opinion et vos commentaires.

**Annexe B : Liste des répondants aux entretiens**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Titre** | **Organisation/organisme** | **Date de l’entretien** |
| Denise Beaton | Analyste principale des politiques,  Prévention des blessures et milieux sains | Ministère de la Santé, Colombie-Britannique | 29 mars 2022 |
| Chris Bidmead | Président (ancien) | Comité directeur de la prévention des chutes de Champlain | 24 mars 2022  (entretien tenu en même temps que celui de Taryn Mackenzie) |
| Lindsay Bevan | Directrice | Centre for Effective Practice | 22 mars 2022 |
| Kelly Kay | Directrice générale | Leadership provincial en gériatrie de l’Ontario | 25 mars 2022 |
| Daphne Kemp | Coordonnatrice de la réduction des chutes et de la prévention des blessures (ancienne) | Saskatchewan Health Authority (région de Saskatoon) | 6 avril 2022 |
| Charissa Levy | Directrice générale | Rehabilitative Care Alliance | 13 avril 2022  (entretien tenu en même temps que celui de Gabrielle Sadler) |
| Dr Richard Louis | Spécialiste en prévention des blessures | Trauma NB (Nouveau-Brunswick) | 22 mars 2022 |
| Taryn Mackenzie | Advanced Practice Nurse | Programme gériatrique régional de l’Est de l’Ontario et Comité directeur de la prévention des chutes de Champlain | 24 mars 2022  (entretien tenu en même temps que celui de Chris Bidmead) |
| Susan McNeill | Directrice adjointe,  Centre de mise en œuvre et du transfert des connaissances, des affaires internationales et des guides de pratique exemplaires | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario | 6 avril 2022 |
| Gabrielle Sadler | Gestionnaire de projet | Rehabilitative Care Alliance | 13 avril 2022  (entretien tenu en même temps que celui de Charissa Levy) |