



Trajectoires ou modèles d'organisation des interventions pour la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

Revue narrative de la littérature publiée entre
2019-2024 et proposition

Rédigée par :
Sous-comité sur la santé publique du
Comité du RUISS de l'UdeM sur le vieillissement

Table des matières

I.	Sommaire exécutif	5
II.	Membres du sous-comité de travail sur la santé publique	11
III.	Membres du comité sur le vieillissement	12
IV.	Introduction	14
V.	Méthodologie	18
VI.	Synthèse des documents retenus	19
	<i>Orientations gouvernementales québécoises, canadiennes et internationales pour la prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile</i>	20
	<i>Orientations gouvernementales québécoises</i>	20
	<i>Orientations gouvernementales dans les autres provinces canadiennes</i>	23
	<i>Orientations gouvernementales à l'international</i>	25
	France.....	25
	Australie.....	27
	Royaume-Uni.....	28
	États-Unis	30
	<i>Prises de position ou recommandations d'experts sur la prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile</i>	31
	<i>Health Quality and Safety Commission – Nouvelle Zélande 2020</i>	31
	<i>Geriatric Research, Education, and Clinical Center and the Center for the Study of Healthcare Innovation, Implementation, and Policy, Veterans Affairs Greater Los Angeles Healthcare System 2020</i>	32
	<i>Organisation mondiale de la santé 2021</i>	32
	<i>Accident Compensation Corporation – Nouvelle-Zélande 2021</i>	32
	<i>Recommandations mondiales 2022</i>	33
	<i>US Preventive Services Task Force (USPSTF) 2024</i>	38
	<i>Programmes de prévention des chutes dans les services de première ligne et les urgences</i>	39
	<i>États Unis - Programme STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries)</i>	39
	<i>Australie - Programme iSOLVE (Integrated Solutions for Sustainable Fall Prevention)</i>	40
	<i>États-Unis - Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Injury Prevention and Control 2023</i>	42
	<i>États-Unis : National Council on Aging (NCOA) 2023</i>	43
	<i>Répertoire de l'Institut national de santé publique du Québec</i>	43
	<i>Revue systématique en 2023</i>	45

<i>Autres perspectives issues de la recherche en lien avec la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile</i>	47
<i>Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV)</i>	47
<i>Modèles conceptuels de la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile</i>	48
<i>Revue systématique et méta-analyse sur les interventions pour prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile</i>	49
<i>Étude originale décrivant l'implantation d'interventions systématiques de prévention des chutes suite aux appels au 911 pour une chute par des personnes âgées vivant à domicile</i>	55
<i>Étude originale évaluant une intervention multifactorielle chez des personnes âgées vivant à domicile et impact sur la survenue des chutes et/ou de fractures</i>	56
<i>Étude originale sur la réduction des médicaments agissant sur le système nerveux central pour prévenir les chutes et les blessures chez les personnes âgées</i>	57
<i>Études originales sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant dans des régions rurales</i>	58
<i>Étude originale portant sur un système de surveillance par caméra des chutes dans les lieux publics dans un village de Chine</i>	60
<i>Questionnaire de repérage des incapacités visuelles</i>	61
VII. Proposition	63
VIII. Conclusion	64
IX. Références	65
X. Annexes	70
<i>Annexe 1. Stratégie de recherche dans les bases de données de revues scientifiques</i>	70
<i>Annexe 2. Stratégie de recherche de la littérature grise</i>	74
<i>Annexe 3. Stratégie de recherche dans la base de données Web of science</i>	75
<i>Annexe 4. Algorithme du programme STEADI selon l'évaluation du risque de chute à deux niveaux (faible ou à risque combinant un risque modéré et élevé)</i>	76
<i>Annexe 5. Algorithme du programme STEADI selon l'évaluation du risque de chute à trois niveaux (faible, modéré et élevé)</i>	77
<i>Annexe 6. Répartition du processus de dépistage et interventions dans le cadre du programme STEADI implanté dans une clinique médicale</i>	78
<i>Annexe 7. Vision stratégique et acteurs concernés dans le cadre du programme STEADI</i>	79
<i>Annexe 8. Description de l'implantation du programme STEADI dans une clinique médicale</i>	80
<i>Annexe 9. Impact du programme STEADI implanté dans 14 cliniques médicales d'une même région sur le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui nécessitent des traitements hospitaliers reliés à une chute</i>	81
<i>Annexe 10. Description de l'implantation du programme STEADI dans une pharmacie communautaire</i>	82
<i>Annexe 11. Description de l'implantation du programme STEADI dans les services ambulanciers</i>	83
<i>Annexe 12. Description de l'implantation du programme STEADI dans un service d'urgence</i>	85
<i>Annexe 13. Description de l'implantation du programme STEADI dans le programme Massachusetts Prevention and Wellness Trust Fund du département de la santé publique de l'État du Massachusetts</i>	86

Annexe 14. Description de l'implantation du programme STEADI par des infirmières dans une clinique privée au Texas durant une période de 3 mois 88

Annexe 15. Description de l'implantation du programme iSOLVE dans des cliniques médicales de Sydney en Australie 89

Note : La présente revue narrative de la littérature ne couvre pas l'ensemble des connaissances quant à la prévention des chutes chez les personnes âgées à vivant à domicile.

Sommaire exécutif

Importance de la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

Selon le rapport de surveillance produit en 2025 par l'Institut national de santé publique du Québec [1], « les chutes représentent la **principale cause de décès par traumatismes non intentionnels** chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Québec. Depuis une vingtaine d'années, plus de 90 % des décès attribuables aux chutes surviennent dans cette population. **Depuis 2014, le taux ajusté de décès¹ attribuables aux chutes augmente en moyenne de 10 % par année chez les personnes de 65 ans et plus.** En 2021, la proportion des décès attribuables aux chutes survenues au domicile² était plus importante pour les 65-74 ans (37,6 %) et les 75-84 ans (23,5 %). À l'inverse, une proportion plus élevée de décès attribuables aux chutes sont survenus dans un établissement collectif pour les 75-84 ans (26,8 %) et les 85 ans et plus (34 %). En 2021, un peu plus des deux tiers des décès étaient attribuables à des chutes de plain-pied³ (35,9 %), sans précision (35,3 %) ou étaient des chutes présumées (23,4 %). Dans l'ensemble, la hausse constatée pourrait s'expliquer par l'accroissement de l'espérance de vie, telle qu'observée au Québec, accompagnée d'une survie des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et nécessitant une prise de médicaments. Il est également possible que les personnes âgées en bonne santé soient plus propices à la prise de risque occasionnant des blessures plus graves au moment de la chute ».

Au Québec, plus de 1,5 million de personnes âgées de 65 ans et plus vivent à domicile (soit 9 personnes sur 10) et le tiers d'entre elles fera une chute au cours de l'année [2]. Par ailleurs, entre 2011-2012 et 2020-2021, une moyenne de **21 433 hospitalisations par année étaient dues aux chutes** [3]. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 71,2 % de l'ensemble de ces hospitalisations [3] alors qu'elles constituaient 20,2% de la population générale en 2021. En 2016, la durée moyenne d'un séjour hospitalier attribuable à une chute chez les 65 ans et plus était de 16,8 jours chez les femmes et 17,4 jours chez les hommes [4]. En 2018, le coût direct annuel des chutes ayant causé des blessures chez les aînés canadiens a été estimé à 5,6 milliards \$ CA, soit plus du double du coût associé aux chutes chez les personnes de 25 à 64 ans [5].

Considérant le vieillissement de la population, le nombre de chutes continuera d'augmenter. Selon l'Institut de la statistique du Québec, de 2021 à 2041, on prévoit que le nombre de personnes de 65 ans et plus au Québec passera de 1,7 millions à 2,3 millions [6]. Au Québec, en 2021-2022, la grande majorité des personnes de 65 ans et plus (87,7 %) demeurent à domicile et dans les résidences privées pour aînés (9,4 %) [7]. Dans ce contexte, il importe de maintenir, voire rehausser les interventions en matière de prévention des chutes dans la communauté.

¹ Taux ajusté de décès : Le rapport, pour une cause de décès et au cours d'une période donnée, du nombre de décès pour 100 000 habitants, ajusté selon la structure d'âge d'une population de référence afin de permettre les comparaisons dans le temps malgré les changements dans la structure d'âge dans la population. L'année 2011 a été utilisée comme population de référence pour la standardisation.

² Domicile (résidence autre qu'un établissement collectif, cour privée, etc.), établissement collectif (maisons de retraite, maisons de soins, hospices), autres lieux précisés (ex. : hôpitaux, bibliothèques, centres commerciaux, lieu de sport, routes, etc.) et lieu non précisé (lieu inconnu).

³ Chute de plain-pied (ex. : glissement sur une surface, chute impliquant des patins/skis/planches/ trébuchement sur un objet, chute d'un lit, d'une chaise), chute d'un niveau à l'autre (ex. : chute d'un escalier, chute d'une échelle), chute sans précision (sans précision sur l'événement en causes) et chute présumée (cause non précisée impliquant une fracture).

Ce qui est en place et ce qu'on peut faire de plus

Le Québec dispose d'orientations gouvernementales et/ou de programmes visant la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. Depuis la publication en 2019 par le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du [Cadre de référence sur la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile](#), trois documents structurants parus en 2024-2025, ne portant pas spécifiquement sur les chutes, contiennent néanmoins des leviers à exploiter pour déployer des actions en prévention des chutes, soit :

- Le Plan d'action 2024-2029 « [La Fierté de vieillir](#) » dont l'axe 5 porte sur la prévention et les actions de proximité et la mesure 28 vise spécifiquement à soutenir le déploiement de programmes visant la prévention des chutes dans le cadre de l'offre de services de santé publique [8].
- Le Cadre de référence « [Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées \(AIPPA\)](#) » [9]. Cette approche est orientée vers la mobilisation et un leadership partagé de l'ensemble des parties prenantes au sein des réseaux locaux de services (personnes âgées, réseaux de proximité, partenaires communautaires, privés et publics, y compris les établissements du RSSS). De plus, dans cette approche, les personnes de 50 ans et plus doivent être ciblées pour des actions de promotion de la santé sur les déterminants de la santé tels que des environnements bâtis, sociaux et politiques favorables à l'accroissement de leur capacité d'adaptation au vieillissement.
- Cadre de référence « [Actions de santé publique pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes](#) » [10] qui prend assise sur le nouveau modèle conceptuel du vieillissement en santé de l'Institut national de santé publique du Québec, qui s'intitule : « [Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur](#) ».

Par ailleurs, une nouvelle Stratégie nationale de prévention en santé et la mise à jour du Programme national de santé publique 2025-2035 sont en cours d'élaboration.

Devant l'ampleur de la problématique, il s'avère essentiel d'intensifier les stratégies de prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile afin de limiter les coûts pour le système de soins de santé dans les années futures, ainsi que les conséquences néfastes des chutes pour les personnes âgées touchées et leurs familles. Bien que des stratégies aient été mises en place depuis plus de 20 ans pour réduire les chutes, on constate une augmentation des conséquences des chutes (ex : hospitalisation, mortalité) chez les personnes âgées. Les causes des chutes étant multifactorielles, les pistes d'action pour les prévenir et en réduire les risques doivent être intersectorielles et coordonnées. Les orientations et plans gouvernementaux récemment publiés, en particulier l'AIPPA, sont prometteurs pour promouvoir des actions intersectorielles, mais leur utilisation et leur impact sur l'enjeu des chutes reste à démontrer.

Travaux du comité du RUISSS de l'UdeM sur le vieillissement et de son sous-comité sur la santé publique

En soutien aux Centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) et aux Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS)⁴ du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de l'Université de Montréal (UdeM) qui ont la responsabilité de mettre en place les orientations gouvernementales, le sous-comité sur la santé publique a reçu

⁴ Chaque direction de santé publique est dans un CISSS/CIUSSS et, outre les régions de la Gaspésie-Île-de-la-Madeleine, Montérégie et Montréal, il n'y a qu'un CISSS/CIUSSS par région, donc chacune de ces directions de santé publique couvrent leur région en entier avec habituellement une équipe conseil (régionale) et des équipes de proximité. Dans les régions de la Gaspésie-Île-de-la-Madeleine (2 CISSS), de la Montérégie (3 CISSS) et de Montréal (5 CIUSSS), il y a des Directions territoriales de santé publique dans chacun des CISSS et CIUSSS mais une seule a un mandat régional et une équipe conseil régionale.

le mandat, de la part du Comité du RUISSS de l'UdeM sur le vieillissement, de proposer des modèles de trajectoires intersectorielles de promotion de la santé et de prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile, en incluant autant les services en amont d'une consultation ou référence pour chute à un professionnel de la santé œuvrant en première ligne (entre autres : en GMF/ services courants CLSC/ salles d'urgence), que ceux entourant l'évaluation et le suivi après cette consultation.

Ce mandat se décline en deux volets :

- Collecter des informations sur : a) les trajectoires ou modèles d'organisation d'interventions intersectorielles pour prévenir les chutes dans la communauté et dans les services de première ligne; b) les principales présentations des chutes en amont de la salle d'urgence afin de décrire les histoires de chute les plus fréquentes pour en dégager des "profils types"; et c) les parties prenantes dans le continuum de préventions des chutes.
- Schématiser et valider les trajectoires intersectorielles auprès des différents acteurs concernés sur le territoire du RUISSS de l'UdeM. Pour chaque trajectoire, proposer des moyens pour optimiser les interventions préventives et la promotion de la santé afin d'éviter la première chute ou réduire les récidives.

Dans le cadre du premier volet, une revue narrative de la littérature a été réalisée dans le but d'identifier les publications entre 2019 et 2024 portant sur les trajectoires ou modèles d'organisation d'interventions visant à prévenir les chutes dans la communauté et dans les services de première ligne.

Cette revue narrative de la littérature a été réalisée entre juin 2024 et janvier 2025. Parmi 443 documents identifiés dans les écrits scientifiques et la littérature grise selon une stratégie de recherche élaborée en collaboration avec des experts en recherche bibliographique, 51 documents ont été retenus et classés en quatre grandes catégories. Pour chacune des catégories, le sous-comité retient les informations suivantes qui seront utiles pour la poursuite de son mandat :

- Orientations gouvernementales québécoises, canadiennes et internationales pour la prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile
 - La France s'est dotée en 2022 d'un [Plan national antichute](#). L'objectif national est de réduire de 20 % les chutes mortelles et invalidantes des personnes âgées en l'espace de 3 ans, en mobilisant des actions autour de 5 axes ayant un impact sur la réduction des chutes. Cette politique nationale est portée au niveau des ministères. Des plans d'action régionaux sont coordonnés par chaque Agence régionale de santé (ARS) en lien avec les partenaires locaux. Un système de collecte de données permet de suivre les résultats par région. Les indicateurs suivis au niveau national sont : 1) le nombre de séjours hospitaliers de personnes âgées pour chutes; 2) le nombre de décès de personnes âgées dus à des chutes.
 - Les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie ainsi que le Québec et l'Ontario disposent d'orientations gouvernementales et/ou de programmes pour la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile, mais l'implantation des interventions varie selon les régions. Il n'y a pas d'objectif national de réduction du nombre de chutes.
- Prises de position ou recommandations d'experts sur la prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile
 - Les recommandations mondiales publiées en 2022 [11, 12] sont les lignes directrices les plus complètes actuellement. Elles comportent un algorithme de stratification du risque de chutes (faible, modéré, élevé), d'évaluation et de

gestion/interventions pour la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.

- Programmes de prévention des chutes dans les services de première ligne et les urgences
 - Le programme [STEADI](#) (Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries), développé aux États-Unis par les Centers for Disease Control and Prevention of the U.S. Department of Health and Human Services, a fait l'objet du plus grand nombre d'études publiées entre 2017 et 2024. Ce programme offre des outils cliniques pour le dépistage, l'évaluation et l'intervention. Son implantation a été étudiée à l'échelle locale et régionale (États américains) dans des cliniques médicales, des services d'urgence, des pharmacies communautaires et des services ambulanciers.
 - Deux programmes intéressants ont aussi été implantés dans certaines régions en Australie : le programme [iSOLVE](#) (Integrated Solutions for Sustainable Fall Prevention), inspiré du programme STEADI, dans la région métropolitaine de Sydney et le programme [Stay On Your Feet©](#) dans les États du Queensland et du Western Australia.
- Autres perspectives issues de la recherche en lien avec la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile
 - L'application des principes du modèle élargi de soins aux malades chroniques à la prévention des chutes serait prometteuse à long terme chez les personnes âgées vivant à domicile. Ce modèle se caractérise par l'intégration des ressources communautaires dans le système de prestation des soins de santé, la communication bidirectionnelle entre les ressources cliniques et communautaires, et la promotion de politiques publiques visant à soutenir l'engagement actif du patient en faveur de l'autogestion de sa santé.
 - Les revues systématiques/méta-analyses et les études originales retenues dans la présente revue de littérature n'ont pas permis d'identifier de pistes de solutions supplémentaires par rapport aux recommandations mondiales de 2022 ou le programme STEADI qui propose une trajectoire clinique de dépistage et d'intervention selon le niveau de risque de chute et dont l'implantation a été évaluée à plus ou moins grande échelle (régions versus états américains). Le [questionnaire sur le repérage des incapacités visuelles](#) développé au Québec devrait être plus connu. L'utilisation des technologies pour la surveillance et la prévention des chutes est débutée au Québec, mais n'est pas encore disponible pour une implantation à grande échelle.

Proposition du comité du RUISSS de l'UdeM sur le vieillissement et de son sous-comité sur la santé publique

Suite à cette première revue narrative de la littérature, le sous-comité formule la proposition suivante à l'intention du MSSS, de Santé Québec et des établissements de santé et services sociaux :

À l'intérieur de la future Stratégie nationale de prévention en santé, développer un plan d'action gouvernemental sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile comportant un volet national et des volets régionaux avec des cibles chiffrées en matière de résultats.

La prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile doit être une priorité collective et être **soutenue adéquatement en matière de ressources humaines et**

financières par les divers paliers de gouvernance nationale, régionale et locale. Elle doit être configurée au-delà des deux programmes inscrits au dernier Programme national de santé publique (à savoir le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) et Viactive), afin de s'inscrire dans une approche sociétale intégrée et concertée s'apparentant, par exemple, au modèle préconisé par le Plan national antichute en France et considérant la diversité des profils de santé et des conditions de vie de personnes âgées vivant à domicile.

Un tel plan gouvernemental devrait permettre de couvrir tout le continuum de prévention des chutes et inclure des actions de promotion de la santé, notamment en **mobilisant, par leur engagement et du financement, d'autres directions du MSSS, ministères et organismes nationaux** disposant de leviers sur l'environnement physique, sur l'environnement social et sur l'organisation des services. Il est également important de s'assurer d'intégrer la participation citoyenne dans l'élaboration du Plan.

Dans ce plan, pour Santé Québec et les établissements :

- a. **Former et soutenir les différents intervenants des secteurs public, privé et communautaire de la première ligne côtoyant des personnes âgées pour assurer l'évaluation systématique du risque de chute chez les personnes âgées vivant à domicile avec des indications claires quant aux conseils, évaluations complémentaires, interventions et trajectoires selon le niveau de risque détecté.**

Conformément aux recommandations mondiales 2022 sur la prévention et la prise en charge des chutes chez les personnes âgées et à de nombreux plans et modèles documentés dans cette revue de littérature, il est essentiel d'évaluer régulièrement le risque de chute et la survenue de chutes chez toutes les personnes âgées. Même lorsque le risque de chute est faible, des recommandations générales en matière de prévention des chutes devraient toujours être données de façon proactive aux personnes âgées.

Les trajectoires, outils de repérage et d'intervention documentés pourront servir de base à une adaptation au contexte québécois. Les trajectoires de prévention et les outils devraient idéalement être développés en coconstruction avec les personnes âgées et tous les partenaires concernés œuvrant en première ligne (par exemple: travailleurs de la santé des secteurs publics et privés, paramédics, intervenants communautaires, etc.) pour qu'ils puissent être intégrés facilement à la pratique des intervenants et pour s'assurer qu'ils soient compréhensibles et utiles pour les personnes âgées et leurs proches.

- b. **Doter les directions de santé publique d'un répondant dont le rôle serait d'assurer la mobilisation de tous les partenaires concernés dans le continuum de la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.**

Les directions régionales de santé publique sont bien positionnées pour assurer le leadership de la mobilisation des partenaires, à condition d'avoir les ressources humaines et financières requises pour être en mesure de coordonner les efforts. Par exemple, un répondant pourrait être attaché à chaque direction de santé publique (ex. : Plan antichute de la France). De plus, des ressources humaines doivent aussi être dédiées dans chaque réseau local de services (RLS) pour la mise en œuvre des actions pour la prévention des chutes.

Par ailleurs, les structures qui seront développées/consolidées dans le cadre du déploiement de l'Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées (AIPPA) pourraient constituer des espaces de choix pour traiter de l'ensemble du continuum entourant la problématique des chutes, si cet enjeu est priorisé avec les partenaires.

Différents guides et stratégies d'implantation repérés dans cette revue de littérature pourront inspirer les façons de faire pour mobiliser les partenaires, la communauté, les personnes âgées et leurs proches. Considérant le grand nombre de ressources identifiées à cet effet, il serait facilitant pour les personnes qui assureront le leadership local et régional de les pister sur celles qui semblent plus prometteuses, à titre d'exemple, intégrer la prévention des chutes dans les modèles de gestion des maladies chroniques. De plus, on pourra aussi s'inspirer des stratégies d'implantation du déploiement de la Politique québécoise sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs.

Conclusion

Le présent document constitue le premier livrable dans le cadre des travaux du sous-comité sur la santé publique ayant pour mandat de proposer des modèles de trajectoires intersectorielles de promotion de la santé et de prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Cette revue narrative de la littérature a permis d'identifier 51 publications pertinentes entre 2019 et 2024 portant sur les trajectoires ou modèles d'organisation d'interventions pour prévenir les chutes dans la communauté et dans les services de première ligne. Ce travail n'a donc pas la prétention de couvrir la totalité des connaissances sur le sujet.

La prochaine étape consistera en la réalisation d'une deuxième revue narrative de la littérature sur les principales présentations des chutes en amont de la salle d'urgence afin de décrire les histoires de chute les plus fréquentes pour en dégager des "profils types" afin de proposer les bonnes stratégies de prévention.

Le présent document a été adopté par le comité sur le vieillissement du RUISSS de l'UdeM lors de la rencontre du 9 mai 2025 et par le comité directeur du RUISSS de l'UdeM le 26 mai 2025.

Membres du sous-comité de travail sur la santé publique

- Dre Lucie Boucher, gériatre, chef du département de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (coresponsable)
- Dre Alexandra Paradis, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, médecin conseil à la Direction de santé publique, CISSS des Laurentides (coresponsable)
- Mme Barbara Fillion, Ergothérapeute, Répondante régionale en prévention des chutes, Direction régionale de santé publique, CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal
- Mme Marie-Claude Babin, Physiothérapeute, Équipe Promotion-Prévention et Pouvoir d'agir des communautés, Direction de santé publique, CISSS de Lanaudière
- Dr Michel Cimon, médecin conseil, Direction de santé publique, CISSS de Laval
- M. Julien Morissette, Coordonnateur professionnel et APPR, Équipe - Vieillesse en santé, Équipe - Prévention des chutes, Direction de santé publique- Coordination Promotion Prévention, CISSS de Laval
- Mme Anne Maheu, pharmacienne/clinicienne associée, GMF-U Bordeaux-Cartierville, CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal et Coordinatrice du Réseau Québécois des pharmaciens GMF (RQP GMF)
- Mme Johanne Filiatrault, ergothérapeute, chercheuse au CRIUGM, professeure titulaire, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Mme Mylène Aubertin-Leheudre, kinésiologue, chercheuse CRIUGM, professeure, Département des sciences de l'activité physique, UQAM

Coordinatrice du sous-comité de travail et du comité sur le vieillissement:

M^{me} Aline Bolduc

Chargée de projet, RUISSS de l'Université de Montréal

Courriel : aline.bolduc.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca ou aline.bolduc@invite.umontreal.ca

Membres du comité sur le vieillissement

Président : Luc Méthot, Directeur SAPA- Soutien à domicile, ressources intermédiaires et continuum SAPA, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Vice-présidente : Dre Marie-Jeanne Kergoat, gériatre, Chef du service de médecine spécialisée, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Département de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Coordonnatrice : Aline Bolduc, professionnelle de recherche
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Établissements	Personnes désignées
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	M. Sébastien Rouleau, Directeur du programme SAPA - SAD
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	Mme Caroline Gadoury, Directrice continuum SAPA - hébergement
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Mme Brigitte Brabant, Directrice SAPA hébergement en soins de longue durée, coresponsable du sous-comité SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Mme Cathy Dresdell, Directrice intérimaire, Direction du service à domicile et de proximité
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Mme Jouhayna Zahreddine, Directrice, Direction de l'hébergement
CISSS de la Montérégie-Est	Mme Sophie Berger, Directrice des soins infirmiers – Intérim, représentante de la Table des soins infirmiers du RUISSS de l'UdeM
CISSS de Laval	Mme Caroline Delisle, Directrice SAPA - volet hébergement
CISSS de Laval	Mme Annie Fortier, Directrice SAPA – Services de 1 ^{ière} et 2 ^{ième} ligne gériatriques
CISSS de Lanaudière	Mme Isabelle Durocher, Directrice du programme de soutien à domicile, services gériatriques et posthospitaliers
CISSS de Lanaudière	M. Jean-François Blais, Directeur de l'hébergement
CISSS des Laurentides	Mme Chrystel Delisle, Coordinatrice des services gériatriques et Gestionnaire responsable du site LG Rolland, Direction SAPA-SAD-RI-Services Gériatriques
CISSS des Laurentides	Mme Nathalie Houle, Directrice SAPA – Hébergement en CHSLD
CISSS de la Montérégie-Centre	Mme Isabelle Caron, Directrice SAPA
CISSS de la Montérégie-Est	Mme Sandrine Billeau, Directrice SAPA, responsable du sous-comité sur les technologies pour le maintien à domicile
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Mme Geneviève Archambault, Directrice SAPA Hébergement
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Mme Julie Sigouin, chargée de projet territoire du RUISSS de l'UdeM – Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Dre Lucie Boucher, Chef du département de gériatrie, coresponsable du sous-comité de travail sur la santé publique

Établissements	Personnes désignées
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Dr Jean-François Carmel, gérontopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, coresponsable du sous-comité SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance
CISSS des Laurentides	Dre Alexandra Paradis, Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, Direction de santé publique des Laurentides, coresponsable du sous-comité de travail sur la santé publique
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Mme Géraldine Clerjuste, Conseillère en soins spécialisés Personnes âgées
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Dr Philippe Desmarais, Gériatre, responsable du sous-comité sur les SCPD en soins de courte durée
Faculté de médecine, Université de Montréal	Dre Diana Cruz-Santiago, Médecin de famille, Directrice du programme de compétences avancées en soins aux personnes âgées, département de médecine de famille et d'urgence, UdeM
Faculté de médecine, Université de Montréal	Mme Chantal Bémur, Vice-doyenne associée aux sciences de la santé
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal	Mme Véronique Dubé, Professeure agrégée, coresponsable du sous-comité de travail sur la formation
Faculté de pharmacie, Université de Montréal	Mme Louise Papillon-Ferland, Professeure adjointe de clinique
Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal	M. Jean Ignace Olazabal, Responsable de programmes, professeur associé au département d'anthropologie, Faculté AS, coresponsable du sous-comité de travail sur la formation
École d'optométrie, Université de Montréal	Dr Benoît Tousignant, Professeur agrégé
Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal	M. Pierre Rainville, Professeur titulaire
École de santé publique, Université de Montréal	Mme Roxane Borges Da Silva, Professeure titulaire
Faculté des arts et sciences, Université de Montréal	M. Sébastien Grenier, Professeur agrégé, département de psychologie
Faculté des arts et sciences, Université de Montréal	Mme Maryse Soulières, Professeure adjointe, École de travail social

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la définition d'une chute est : *un événement qui fait qu'une personne s'immobilise par inadvertance sur le sol, le plancher ou un autre niveau inférieur. Les chutes, trébuchements et glissades peuvent se produire sur un seul niveau ou à partir d'une certaine hauteur.* Cette définition inclut les syncopes [13]. La chute est un événement multifactoriel qui résulte de l'interaction de plusieurs facteurs de risques liés à la condition de l'individu, à ses comportements et à son environnement [14]. En 2020, le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé sur la « Décennie du vieillissement en bonne santé » a mis en avant la prévention des chutes comme une priorité urgente en matière de santé mondiale [15].

Importance de la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

Selon le rapport de surveillance produit en 2025 par l'Institut national de santé publique du Québec [1], « *les chutes représentent la **principale cause de décès par traumatismes non intentionnels** chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Québec. Depuis une vingtaine d'années, plus de 90 % des décès attribuables aux chutes surviennent dans cette population. **Depuis 2014, le taux ajusté de décès⁵ attribuables aux chutes augmente en moyenne de 10 % par année chez les personnes de 65 ans et plus.** En 2021, la proportion des décès attribuables aux chutes survenues au domicile⁶ était plus importante pour les 65-74 ans (37,6 %) et les 75-84 ans (23,5 %). À l'inverse, une proportion plus élevée de décès attribuables aux chutes sont survenus dans un établissement collectif pour les 75-84 ans (26,8 %) et les 85 ans et plus (34 %). En 2021, un peu plus des deux tiers des décès étaient attribuables à des chutes de plain-pied⁷ (35,9 %), sans précision (35,3 %) ou étaient des chutes présumées (23,4 %). Dans l'ensemble, la hausse constatée pourrait s'expliquer par l'accroissement de l'espérance de vie, telle qu'observée au Québec, accompagnée d'une survie des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et nécessitant une prise de médicaments. Il est également possible que les personnes âgées en bonne santé soient plus propices à la prise de risque occasionnant des blessures plus graves au moment de la chute ».*

Au Québec, plus de 1,5 million de personnes âgées de 65 ans et plus vivent à domicile et le tiers d'entre elles fera une chute au cours de l'année [2]. Par ailleurs, entre 2011-2012 et 2020-2021, une moyenne de 21 433 **hospitalisations par année étaient dues aux chutes** [3]. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 71,2 % de l'ensemble de ces hospitalisations [3] alors qu'elles constituaient 20,2% de la population générale en 2021. En 2016, la durée moyenne d'un séjour hospitalier attribuable à une chute chez les 65 ans et plus était de 16,8 jours chez les femmes et 17,4 jours chez les hommes [4]. En 2018, le coût direct annuel des chutes ayant causé des blessures chez les aînés canadiens a été estimé à 5,6 milliards \$ CA, soit plus du double du coût associé aux chutes chez les personnes de 25 à 64 ans [5].

⁵ Taux ajusté de décès : Le rapport, pour une cause de décès et au cours d'une période donnée, du nombre de décès pour 100 000 habitants, ajusté selon la structure d'âge d'une population de référence afin de permettre les comparaisons dans le temps malgré les changements dans la structure d'âge dans la population. L'année 2011 a été utilisée comme population de référence pour la standardisation.

⁶ Domicile (résidence autre qu'un établissement collectif, cour privée, etc.), établissement collectif (maisons de retraite, maisons de soins, hospices), autres lieux précisés (ex. : hôpitaux, bibliothèques, centres commerciaux, lieu de sport, routes, etc.) et lieu non précisé (lieu inconnu).

⁷ Chute de plain-pied (ex. : glissement sur une surface, chute impliquant des patins/skis/planches/ trébuchement sur un objet, chute d'un lit, d'une chaise), chute d'un niveau à l'autre (ex. : chute d'un escalier, chute d'une échelle), chute sans précision (sans précision sur l'événement en causes) et chute présumée (cause non précisée impliquant une fracture).

Considérant le vieillissement de la population, le nombre de chutes continuera d'augmenter. Selon l'Institut de la statistique du Québec, de 2021 à 2041, on prévoit que le nombre de personnes de 65 ans et plus au Québec passera de 1,7 millions à 2,3 millions [6]. Au Québec, en 2021-2022, la grande majorité des personnes de 65 ans et plus (87,7 %) demeurent à domicile et dans les résidences privées pour aînés (9,4 %) [7].

Devant ces constats, il s'avère essentiel d'intensifier les stratégies de prévention des chutes auprès des personnes aînées vivant à domicile afin d'éviter des coûts pour le système de soins de santé, ainsi que les conséquences néfastes des chutes pour les personnes aînées touchées et leurs familles. Une approche globale qui modifie les environnements par le biais de politiques et de normes permettant de sensibiliser les décideurs et les personnes aînées elles-mêmes est nécessaire afin d'obtenir un changement durable [5].

Ce qui est en place et ce qu'on peut faire de plus

En 2019, le MSSS a publié une mise à jour du [Cadre de référence sur la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile](#) dont l'édition originale datait de 2004. Ce cadre de référence s'ajoutait aux actions du [Programme national de santé publique 2015-2025](#) déployé à partir de 2015 (axe 2 : adoption de modes de vie et création d'environnement sains et sécuritaires) et de la [Politique gouvernementale de prévention en santé](#) (2016) (mesure 4.7 : Repérer les aînés en perte d'autonomie ou à risque de l'être afin de leur offrir le soutien à domicile nécessaire, dont la prévention des chutes).

En 2024, le MSSS a publié le plan d'action « [La Fierté de vieillir](#) » dont l'axe 5 porte sur la prévention et les actions de proximité et la mesure 28 vise spécifiquement à soutenir le déploiement de programmes visant la prévention des chutes [8]. Cette mesure soutient la mise à jour, l'optimisation, le déploiement, l'évaluation et le rayonnement de deux programmes visant le maintien d'un mode de vie physiquement actif et la prévention des chutes dans un continuum de services, soit le programme Viactive et le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). La mesure vise ensuite à répertorier les autres programmes et initiatives existants au Québec et, le cas échéant, à les déployer plus largement ou à les ajouter à l'offre de services de santé publique. Le MSSS a également publié des orientations ministérielles concernant une « Approche intégrée de proximité pour les personnes aînées » [9]. Cette approche est orientée vers la mobilisation et un leadership partagé de l'ensemble des parties prenantes au sein des réseaux locaux de services (personnes aînées, réseaux de proximité, partenaires communautaires, privés et publics, y compris les établissements du RSSS). Elle couvre tout le continuum de services, de la promotion de la santé auprès des personnes de 50 ans et plus afin de mettre en place des actions sur les déterminants de la santé (tels que des environnements bâtis, sociaux et politiques favorables à l'accroissement de leur capacité d'adaptation au vieillissement) jusqu'aux soins de fin de vie.

En juin 2024, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié une mise à jour de leur modèle conceptuel du vieillissement en santé initialement de 2008 [16], avec comme nouveau titre : « [Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur](#) ». Ce modèle actualisé s'inscrit dans la perspective de soutenir la réponse aux besoins des personnes vieillissantes et dans celle d'agir pour la population vieillissante dans toute sa diversité. **Ce modèle propose des pistes pour agir simultanément à l'échelle des personnes et de leurs proches, des milieux de vie, des communautés, des services de santé et sociaux, et des différents types d'environnements (physiques, sociaux, politiques, etc.).** On mentionne que l'ensemble des actions devront miser sur les compétences des personnes vieillissantes et des communautés, dans l'optique de favoriser l'autodétermination, l'inclusion et la participation sociale. Les personnes et la population

vieillissantes se retrouvent au cœur du choix et de la mise en œuvre de ces actions. Cette vision s'appuie sur le concept de vieillissement citoyen qui vise à soutenir la capacité d'agir et de déployer des modalités pour que chaque personne puisse participer, jusqu'à la fin de sa vie, aux décisions qui la concernent. Le modèle propose 5 axes généraux dont les axes 2 et 3 incluent une mention spécifique reliée à la prévention des chutes:

- Axe 1 : Adapter les interventions pour prendre en compte les caractéristiques individuelles et le parcours de vie
- Axe 2 : Favoriser la résilience des personnes vieillissantes et de leurs proches aidants. On inclut dans cet axe l'importance d'offrir du soutien dans la prévention des chutes.
- Axe 3 : Créer des milieux de vie de proximité sains, adaptables, sécuritaires et accueillants. On inclut dans cet axe l'importance d'améliorer les quartiers en aménageant des infrastructures qui aident à diminuer les risques de chute et de décès.
- Axe 4 : Organiser les services et les actions pour répondre aux besoins sur tout le continuum, de la promotion de la santé aux soins de fin de vie
- Axe 5 : Agir de façon intersectorielle sur les normes sociales et les politiques publiques touchant la population vieillissante

S'appuyant sur les cinq axes d'intervention présentés dans le modèle intégrateur du vieillissement en santé de l'INSPQ, le cadre de référence « [Actions de santé publique pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes](#) » [10] a été publié en mars 2025. L'axe 4 porte sur l'organisation des services et des actions pour répondre aux besoins sur un continuum, de la promotion de la santé aux soins de fin de vie. Cet axe inclut un élément portant spécifiquement sur la prévention des chutes: *Soutien et amélioration du continuum de prévention des chutes pour les aînés vivant dans la communauté.*

Par ailleurs, une nouvelle [Stratégie nationale de prévention en santé](#) et la mise à jour du Programme national de santé publique 2025-2035 sont en cours d'élaboration d'ici la fin de 2025.

Finalement, depuis le 1^{er} décembre 2024, les établissements de santé et services sociaux ont été intégrés à Santé Québec, qui est une nouvelle société d'État chargée de coordonner les opérations du réseau de la santé et des services sociaux québécois. Elle est l'employeur unique du réseau. Les cinq principaux objectifs de [Santé Québec](#) sont :

- Améliorer la santé et le bien-être de la population et réduire la maladie;
- Améliorer l'expérience de soins et services des personnes et de leurs proches;
- Améliorer l'équité et réduire les inégalités sociales liées à la santé et au bien-être;
- Améliorer le bien-être et l'expérience des personnes œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- Assurer la viabilité du système.

Dans son [plan de transformation](#) publié en janvier 2025, le comité de transition de Santé Québec a formulé 12 principales recommandations pour soutenir la transformation du réseau de la santé. Parmi ces recommandations, la recommandation 2 touche spécifiquement la prévention :

- Renforcer la prévention, la contribution de la santé publique et les collaborations avec les partenaires communautaires et intersectoriels au sein de chacun des réseaux locaux de services.

En résumé, bien que des stratégies aient été mises en place depuis plus de 20 ans pour prévenir les chutes chez les personnes âgées, on constate une augmentation des conséquences des chutes (ex : hospitalisation, mortalité) dans cette population. Les causes des chutes étant multifactorielles, les pistes d'action pour en réduire les risques doivent être intersectorielles et coordonnées.

Le Cadre de référence du MSSS sur la prévention des chutes dans un continuum de services pour les âgés vivant à domicile (2019) porte spécifiquement sur les chutes, mais n'est pas intersectoriel puisqu'il n'est destiné qu'au réseau de santé et services sociaux aux paliers local et territorial (régional).

Les documents structurants du MSSS parus en 2024-2025, quant à eux, ne portent pas spécifiquement sur les chutes, mais contiennent néanmoins des leviers à exploiter pour déployer des actions en prévention des chutes. Ces orientations et plans d'action sont prometteurs, en particulier l'AIPPA, pour promouvoir des actions intersectorielles, mais leur utilisation et leur impact sur l'enjeu des chutes reste à démontrer.

Ainsi, devant l'ampleur de la problématique, il s'avère essentiel d'intensifier les stratégies de prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile afin d'éviter des coûts importants pour le système de soins de santé dans les années futures, ainsi que les conséquences néfastes des chutes pour les personnes âgées touchées et leurs familles.

Travaux du comité du RUISSS de l'UdeM sur le vieillissement et de son sous-comité sur la santé publique

En soutien aux CIUSSS et aux CISSS⁸ du RUISSS de l'UdeM qui ont la responsabilité de mettre en place les orientations gouvernementales, le sous-comité sur la santé publique a reçu le mandat, en mai 2024, de la part du Comité du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal sur le vieillissement, de **proposer des modèles de trajectoires intersectorielles de promotion de la santé et de prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté**, en incluant autant les services en amont d'une consultation ou référence pour chute à un à un professionnel de la santé œuvrant en première ligne (entre autres : en GMF/ services courants CLSC/salles d'urgence), que ceux entourant l'évaluation et le suivi après cette consultation.

Ce mandat se décline en deux volets :

- 1) Collecte des informations provenant des écrits existants sur : a) les trajectoires ou modèles d'organisation d'interventions intersectorielles pour prévenir les chutes dans la communauté et dans les services de première ligne; b) les principales présentations des chutes en amont de la salle d'urgence afin de décrire les histoires de chute les plus fréquentes pour en dégager des "profils types"; et c) les parties prenantes dans le continuum de préventions des chutes.

⁸ Chaque direction de santé publique est dans un CISSS/CIUSSS et, outre les régions de la Gaspésie-Île-de-la-Madeleine, Montérégie et Montréal, il n'y a qu'un CISSS/CIUSSS par région, donc chacune de ces directions de santé publique couvrent leur région en entier avec habituellement une équipe conseil (régionale) et des équipes de proximité. Dans les régions de la Gaspésie-Île-de-la-Madeleine (2 CISSS), de la Montérégie (3 CISSS) et de Montréal (5 CIUSSS), il y a des Directions territoriales de santé publique dans chacun des CISSS et CIUSSS mais une seule a un mandat régional et une équipe conseil régionale.

- 2) Schématiser et valider les trajectoires intersectorielles auprès des différents acteurs concernés sur le territoire du RUISSS de l'UdeM. Pour chaque trajectoire, proposer des moyens pour optimiser les interventions préventives et la promotion de la santé afin d'éviter la première chute ou réduire le risque de chute à répétition.

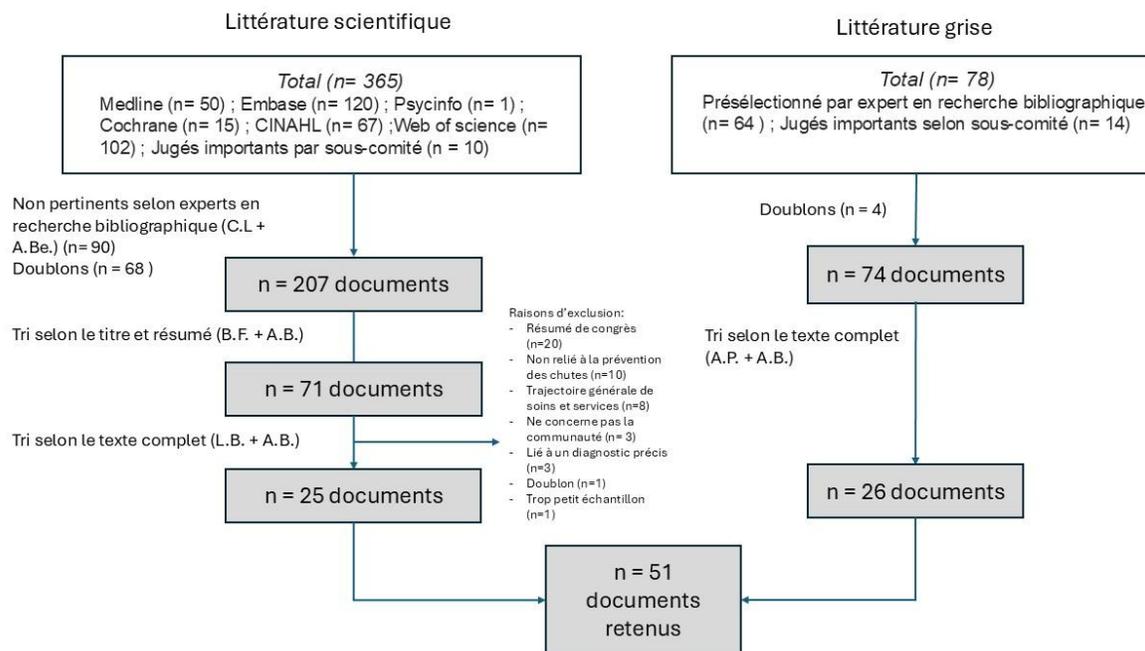
Dans le cadre du premier volet, le présent document présente la synthèse détaillée des documents retenus dans une première revue de la littérature visant à identifier les publications récentes portant sur les trajectoires ou modèles d'organisation d'interventions pour prévenir les chutes dans la communauté et dans les services de première ligne.

Méthodologie

Une recension des écrits avait été publiée en 2019 par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) lors de la mise à jour du cadre de référence intitulé « La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile » [17]. Le sous-comité souhaitait explorer la littérature internationale publiée entre 2019 et 2024 afin de compléter les connaissances depuis la publication du cadre de référence sur les trajectoires ou modèles d'organisation d'interventions intersectorielles pour prévenir les chutes dans la communauté et dans les services de première ligne. Dans cette optique, deux experts en recherche bibliographique ont été mobilisés. Monsieur Christian Lachance a élaboré et exécuté la stratégie de recherche en septembre 2024 pour les bases de données Medline, Embase, Psycinfo, Cochrane et CINAHL ainsi que la revue de la littérature grise en utilisant le moteur de recherche Google (cf. **annexes 1 et 2**). Madame Amy Bergeron, bibliothécaire de l'Université de Montréal, a transposé en septembre 2024 la stratégie de recherche dans Web of science (**annexe 3**). De plus, 14 documents jugés importants issues de la littérature grise par le sous-comité ont été ajoutés aux documents identifiés par les experts en recherche bibliographique.

Les critères d'inclusion comprenaient les études ou recommandations portant sur les trajectoires ou modèles d'organisation d'interventions intersectorielles pour prévenir les chutes auprès des personnes âgées de 50 ans et plus vivant dans la communauté, incluant le post-hospitalier (congé de l'urgence, clinique ambulatoire, hôpital de jour) si le manuscrit documente la trajectoire de soins et services après une chute (prévention secondaire). Les critères d'exclusion concernaient les publications rédigées dans une langue autre que le français ou l'anglais, ainsi que les critères suivants: 1) Résumé de congrès seulement; 2) Non relié aux interventions efficaces ou trajectoire sur la prévention des chutes; 3) Trajectoire générale de soins et services aux personnes âgées dans la communauté (ex.: fragilité); 4) Ne concerne pas les soins de 1^{ère} ligne ou dans la communauté; 5) Lié à un diagnostic précis (ex : obésité, cancer, ostéoporose, parkinson) et 6) Autres (ex. : doublon, petit échantillon (n < 30), etc.).

Au total, 443 documents ont été identifiés (littérature scientifique = 365; littérature grise = 78). La figure suivante résume les principales étapes de tri par les experts en recherche bibliographique et des membres du sous-comité. Au final, 51 documents ont été retenus pour la présente synthèse.



C.L. : Christian Lachance; A.Be. : Amy Bergeron; B.F. : Barbara Fillion; A.B. : Aline Bolduc; L.B. : Lucie Boucher; A.P. : Alexandra Paradis

Synthèse des documents retenus

Les documents retenus ont été classés en quatre grandes catégories :

- Orientations gouvernementales québécoises, canadiennes et internationales pour la prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile;
- Prises de position ou recommandations d'experts sur la prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile;
- Programmes de prévention des chutes dans les services de première ligne et les urgences;
- Autres perspectives issues de la recherche en lien avec la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.

Les pages suivantes présentent une synthèse narrative détaillée du contenu de chacun des documents. Certaines références complémentaires ont été ajoutées pour décrire les programmes ou trajectoires de prévention des chutes identifiés dans les 51 documents.

Orientations gouvernementales québécoises, canadiennes et internationales pour la prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile

Orientations gouvernementales québécoises

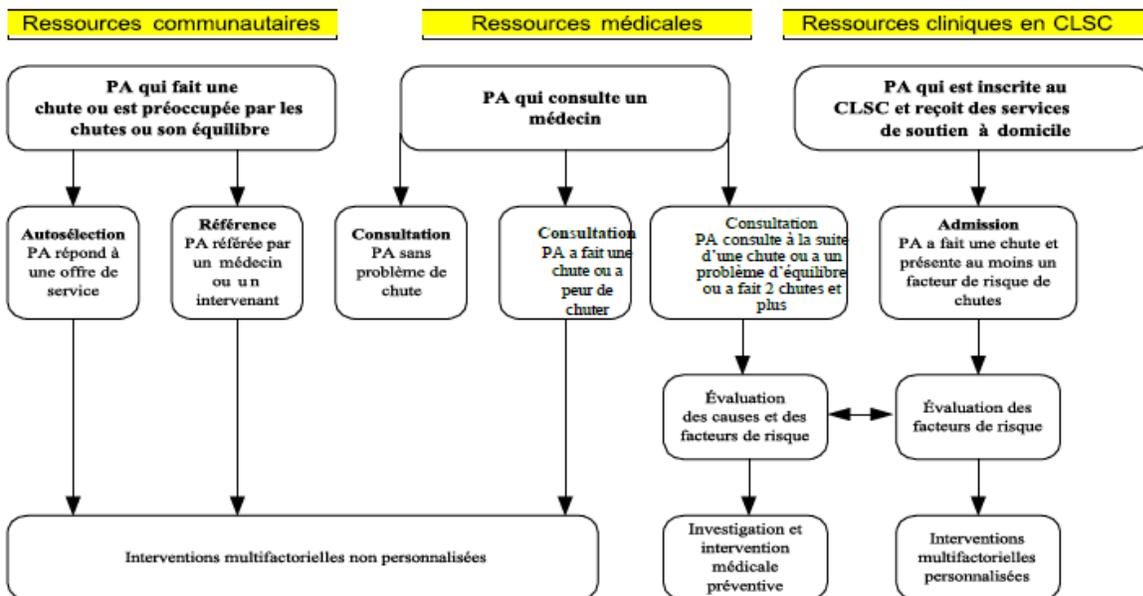
Le cadre de référence intitulé « La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile » a été publié par le MSSS en 2019 [14] suite à une recension des écrits [17]. Le cadre de référence avait été mis à jour suite à une première version en 2004 afin de prendre en compte les données scientifiques plus récentes et les cibles d'intervention du Plan national de santé publique 2015-2025. Selon le cadre de référence, il y a 5 catégories d'interventions dans le continuum de services pour la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile:

- Les interventions en développement des communautés : personnes âgées de la population générale;
- Interventions multifactorielles non personnalisées : personnes âgées avec facteurs de risque;
- Interventions médicales préventives : personnes âgées avec facteurs de risque;
- Interventions multifactorielles personnalisées : personnes âgées à haut risque avec histoire de chute;
- Interventions d'adaptation et réadaptation : personnes âgées avec blessures ou perte d'autonomie.

Dans le cadre de référence de 2019, on décrit la mise en œuvre du continuum de prévention des chutes par les différents acteurs : le MSSS, les directions SAPA et les directions régionales de santé publique (ou directions de santé publique ayant un mandat régional) des CIUSSS/CISSS, les médecins et les organismes communautaires. La Direction de santé publique devrait être responsable d'établir une concertation entre les différents organismes et les ressources territoriales en vue de faciliter l'implantation des interventions pour la prévention des chutes sur son territoire. Le cadre de référence fournit les éléments d'un plan d'action à l'échelle régionale pour s'assurer que chaque activité ou service à implanter (interventions multifactorielles non personnalisées, mesures de prévention clinique et interventions multifactorielles personnalisées) puisse avoir une efficacité et une efficacité optimales.

La section 3.6 du cadre de référence de 2019 porte sur le cheminement des aînés dans le cadre des interventions visant la prévention des chutes à domicile. La figure 4 (ci-après) présente le cheminement probable d'une personne âgée dans le réseau de la santé et des services sociaux lorsqu'elle aurait besoin de l'une ou l'autre des interventions relatives à la prévention des chutes, selon son point d'entrée dans le réseau, selon qu'elle se considère elle-même comme étant une personne à risque, ou selon qu'elle est ciblée à la suite d'une chute ou à l'occasion d'une rencontre avec un professionnel de la santé pour un motif autre que la chute.

FIGURE 4
CHEMINEMENT D'UNE PERSONNE AÎNÉE DANS LE CADRE
DES INTERVENTIONS LIÉES À LA PRÉVENTION DES CHUTES



Abréviations : CLSC : centre local de services communautaires ; PA : personne âgée

NOTE : Les interventions relatives au développement des communautés demeurent complémentaires aux autres interventions visant la prévention des chutes. Leurs actions portent sur les déterminants de la santé qui contribuent à améliorer l'environnement physique et social des aînés ainsi que les conditions, les milieux et les habitudes de vie de ceux-ci.

Cette figure est reproduite de : St-Laurent M, Bégin C, Boudreault V, Gagné D, Parisien M, Trickey F: **La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile**; 2019, page 27, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-01W.pdf>.

La direction de santé publique de Montréal a produit une version 2025 de ce continuum en y incluant (dernière ligne du schéma ci-après) des exemples de programmes d'activités physiques et/ou de sensibilisation actuellement disponibles en présentiel ou en ligne :

- Activités en présentiel avec ou sans frais d'inscriptions : [atelier chutes FADOQ](#), groupes de marche, cours de groupe
- Activité en présentiel ou en ligne avec frais d'inscription : [Marche vers le futur](#) (Consortium national de formation en santé de l'Université d'Ottawa)
- Activités gratuites en ligne : [Le GO pour bouger !](#) et [MOVE 50+](#)
- Interventions multifactorielles non personnalisées :
 - Activités gratuites en présentiel via les CISSS et CIUSSS et certains organismes communautaires: [Programme PIED](#), [Vivre en Équilibre](#) [18], [Programme Viactive](#)

De plus, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a produit un [algorithme](#) pour aider à identifier quel programme (Viative, PIED, Vivre en Équilibre et Marche) convient au profil de la personne aînée en lien avec les chutes (chute dans la dernière année, préoccupation à l'égard des chutes ou face à son équilibre, utilisation d'une aide à la marche et admissibilité au programme Soutien à domicile).

Continuum de prévention des chutes et de lutte au déconditionnement



Ce schéma est reproduit d'un document Power Point disponible sur le site internet de la Direction de santé publique de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2022, <https://ccsmtlpro.ca/drsp/drsp-sujets-de-z/drsp-prevention-des-chutes-chez-les-personnes-aïnees>. Droit d'auteur © Reproduit avec la permission de la Direction de santé publique de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

➤ **Constats du sous-comité sur les orientations québécoises:**

- *Le sous-comité constate que le cheminement ou trajectoire de soins et services présenté dans le cadre de référence de 2019 n'inclut pas les portées d'entrée via les consultations auprès des professionnels (pharmaciens, optométristes, physiothérapeutes, kinésologues, chiropraticiens, ostéopathes, etc.) que les personnes aînées peuvent consulter sans référence médicale suite à une chute. Les proches aidants doivent aussi être sensibilisés face au risque de chute chez la personne aînée afin de savoir comment guider cette dernière.*
- *Le sous-comité devra proposer des trajectoires de prévention des chutes en fonction des récents plans ou orientations du MSSS et de l'entrée en vigueur de Santé Québec, tel que rapporté dans l'introduction du présent document.*

Orientations gouvernementales dans les autres provinces canadiennes

Notre revue de la littérature a permis d'identifier des orientations gouvernementales pour la prévention des chutes seulement dans une autre province canadienne, soit en Ontario.

En 2010, la prévention des chutes avait été identifiée comme une priorité par le ministère de la Santé et des soins de longue durée [19]. En 2011, un document intitulé « [Integrated Provincial Falls Prevention Framework and Toolkit](#) » [19] a été publié par les bureaux de santé publique de l'Ontario (Ontario's Public Health Units). Il ne semble pas y avoir eu de mise à jour de ce cadre de référence. L'annexe J proposait un algorithme de prévention des chutes dans la communauté :

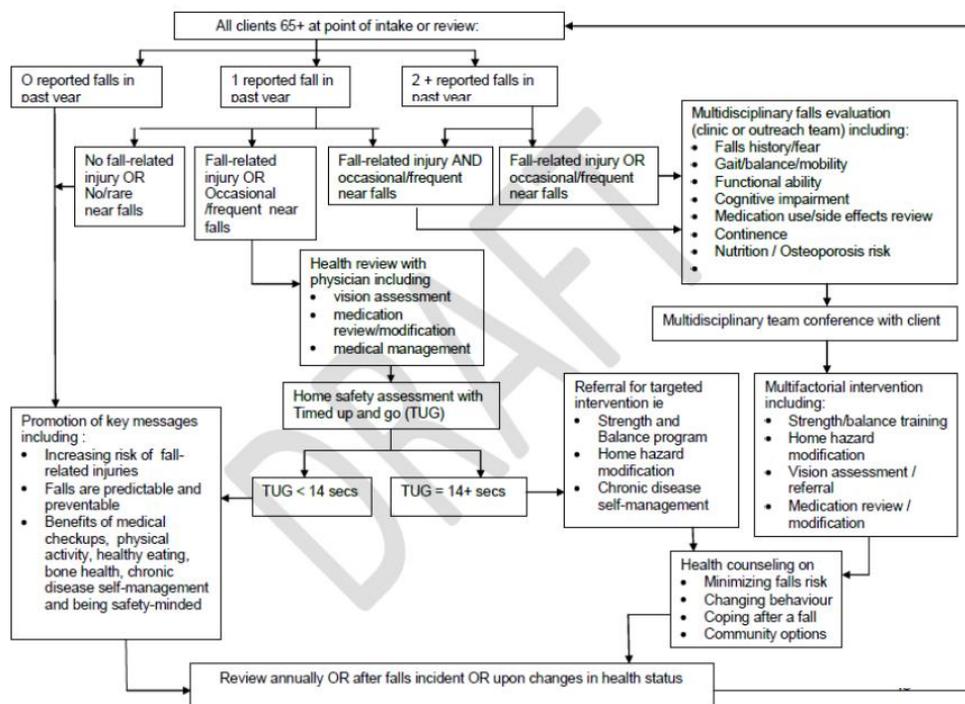


Schéma reproduit de: Kiswani R, Melamed S: Integrated Provincial Falls Prevention Framework & Toolkit. Toronto, Ontario (Canada): Local Health Integration Network Collaborative; 2011, p.93, <https://www.algomapublichealth.com/media/1325/2011-integrated-provincial-falls-prevention-framework-and-toolkitcompressed.pdf>.

En 2019, un Groupe de collaboration (soutenu par l'organisme Parachute) pour la prévention des chutes a été mis sur pied afin d'instaurer une approche systémique de la prévention des chutes en Ontario. Toutefois, depuis le 1^{er} avril 2024, le groupe est actuellement en suspens en attendant un nouveau financement. Le groupe a formulé cinq recommandations en 2019 pour une approche intégrée de prévention des chutes en Ontario [20]:

1. Établir des normes provinciales minimales pour la prévention des chutes par le biais d'un programme efficace et intégré de prévention des chutes dans chaque région de l'Ontario.
2. Réaliser une supervision provinciale des principales composantes d'un système de prévention des chutes.
3. Identifier la prévention des chutes comme une priorité obligatoire pour les équipes de santé de l'Ontario au service des personnes âgées.

4. Fournir le soutien, les conditions facilitantes/favorables et les outils pour la prévention des chutes aux équipes de santé de l'Ontario au service des personnes âgées.
5. Offrir un soutien continu aux initiatives de prévention des chutes menées par les autorités régionales de santé publique de l'Ontario.

En 2022, le groupe a publié un document portant sur l'identification par une méthodologie Delphi de [huit indicateurs](#) qui pourraient être implantés au niveau provincial:

1. Le nombre de visites à l'urgence en raison d'une chute
2. Les coûts directs et indirects associés aux blessures liées aux chutes
3. La proportion de responsables affectés à la prévention des chutes au niveau systémique
4. La proportion d'aînés pour lesquels une évaluation préalable complète du risque de chutes a été effectuée
5. Le nombre d'hospitalisations liées à une chute
6. Le taux de décès associés à une chute
7. Le nombre d'appels au 911 pour une chute suivis d'un transport vs le nombre d'appels non suivis d'un transport
8. La proportion de chutes par lieu d'incident

Par ailleurs, le [Centre for Effective Practice](#) de Toronto a développé en 2021 [un outil](#) [21] pour aider les médecins de famille, les infirmières praticiennes en soins primaires et les autres membres des équipes interprofessionnelles à prévenir et à gérer les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté. Ce document (disponible en anglais seulement) comporte 3 principales sections : Dépistage, identification des facteurs de risque et propositions d'interventions pertinentes et des conseils sur comment intégrer la prévention des chutes dans leurs pratiques.

La direction de la santé publique de la région de York a publié en 2024 un [guide d'une page](#) [22], inspiré du modèle de Queensland qui sera présenté plus loin. Le guide présente un continuum d'interventions pour la prévention des chutes **en fonction de 5 trajectoires de vieillissement**:

- Personne active et en santé (risque faible)
- Personne commençant à ressentir de l'instabilité (à risque)
- Personne avec un risque augmenté de chute (à risque)
- Personne vulnérable (risque continu)
- Personne fragile (risque élevé)

➤ **Constats du sous-comité sur les orientations dans d'autres provinces canadiennes:**

- *La revue de la littérature a permis d'identifier dans une seule province autre que le Québec, soit l'Ontario, un cadre de référence provincial publié en 2011 pour la prévention des chutes chez les personnes âgées;*
- *Depuis 2011, des organisations ou groupes ont publié des documents visant à soutenir une approche systémique de la prévention des chutes en Ontario, dont deux outils destinés aux cliniciens offrant des pistes d'intervention selon une stratification du risque. Toutefois, il ne semble pas y avoir eu d'implantation structurée en Ontario.*

Orientations gouvernementales à l'international

France

Un plan national antichute des personnes âgées a été décidé par le gouvernement français en février 2022 [23-25]. Cette politique nationale est portée au niveau des ministères. Des plans d'action régionaux sont coordonnés par chaque Agence régionale de santé (ARS) en lien avec les partenaires locaux. Un système de collecte de données permet de suivre les résultats par région. L'objectif national est de réduire de 20 % les chutes mortelles et invalidantes des personnes âgées en l'espace de 3 ans, en mobilisant des actions autour de 5 axes ayant un impact sur la réduction des chutes (voir tableau résumé ci-après):

[Axe 1 : Savoir repérer les risques de chute et alerter](#)

[Axe 2 : Aménager son logement et sortir en toute sécurité](#)

[Axe 3 : Des aides techniques à la mobilité faites pour tous](#)

[Axe 4 : L'activité physique, meilleure arme antichute](#)

[Axe 5 : La téléassistance pour tous](#)

AXE 1 : SAVOIR REPERER LES RISQUES DE CHUTE ET ALERTER	AXE 2 : AMENAGER SON LOGEMENT ET SORTIR EN SECURITE	AXE 3 : DES AIDES TECHNIQUES A LA MOBILITE FAITES POUR TOUS	AXE 4 : L'ACTIVITE PHYSIQUE, MEILLEURE ARME ANTICHUTE	AXE 5 : LA TELEASSISTANCE POUR TOUS
ACTION 1 : Informers les bénéficiaires et professionnels sur les risques de chute via les vecteurs de la CNAM/CPAM et de la CCMSA	ACTION 1 : Promouvoir les outils de repérage des risques du logement	ACTION 1 : Favoriser la réduction du coût et du reste à charge des aides techniques les plus pertinentes	ACTION 1 : Développer l'offre d'activité physique (AP) et d'activité physique adaptée	ACTION 1 : Généraliser le recours à la téléassistance comme un outil de prévention des chutes graves
ACTION 2 : Faire connaître les outils et développer les bilans/examens de prévention auprès des personnes à risque	ACTION 2 : Former et faire intervenir à domicile des équipes mobiles au repérage des risques liés au logement	ACTION 2 : Promouvoir des modules de rééducation postchute après une hospitalisation	ACTION 2 : Dépister les besoins des personnes âgées en activité physique	ACTION 2 : Développer l'accès à la téléassistance en réduisant le reste à charge
ACTION 3 : Promouvoir et informer les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), notamment en lien avec les protocoles de coopération	ACTION 3 : Soutenir le développement et relayer le dispositif « Ma Prime Adapt' »	ACTION 3 : Informer et former les professionnels sur les aides techniques	ACTION 3 : Orienter les personnes vers des programmes d'APA à leurs capacités et faire aboutir les référentiels consacrés à l'APA des séniors : textes réglementaires, guides, cahiers des charges	ACTION 3 : Piloter des études sur l'usage de la téléassistance et sur un volet du centre de preuves de la CNSA en lien avec les gérontopôles
ACTION 4 : Contribuer au suivi et à l'évaluation du Plan relatif aux 2 objectifs nationaux et régionaux : Réduire les chutes mortelles et invalidantes des	ACTION 4 : Adapter l'environnement extérieur pour faciliter les déplacements		ACTION 4 : Construire un « panier de soins » prévention des chutes expérimental (article 51)	

AXE 1 : SAVOIR REPERER LES RISQUES DE CHUTE ET ALERER	AXE 2 : AMENAGER SON LOGEMENT ET SORTIR EN SECURITE	AXE 3 : DES AIDES TECHNIQUES A LA MOBILITE FAITES POUR TOUS	AXE 4 : L'ACTIVITE PHYSIQUE, MEILLEURE ARME ANTICHUTE	AXE 5 : LA TELEASSISTANCE POUR TOUS
personnes âgées de 20 % en 3 ans				
AXE TRANSVERSAL : INFORMER ET SENSIBILISER, FORMER ET IMPLIQUER LES ACTEURS AU PLUS PRES DU TERRAIN				
ACTION 1 : Faciliter l'accès à l'information et à l'instruction des demandes d'aides et à l'offre de services				
ACTION 2 : Mobiliser les vecteurs de communication du ministère et des partenaires				
ACTION 3 : Piloter une campagne nationale et locale de communication, en promouvant les initiatives locales				
ACTION 4 : Impliquer les collectivités locales et les professionnels de santé dans les thématiques en lien avec les axes du Plan.				
ACTION 5 : Concevoir et mettre en œuvre des formations interdisciplinaires				

CNAM : caisse nationale d'Assurance Maladie; CPAM : caisses primaires d'assurance maladie; CCMSA : Caisse centrale de mutualité sociale agricole; CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Ce tableau est reproduit de Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités de l'Autonomie et des Personnes handicapées: **Plan antichute des personnes âgées 2022-2024 - Volet national**: Gouvernement de la France; 2023, <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-03/Synth%C3%A8se%20du%20plan%20national%20antichute%20au%2028%20f%C3%A9vrier%202023.pdf>

Le plan triennal 2022-2024 du Plan antichute comporte :

- Un volet national [24]: actions qui relèvent des ministères, des caisses de sécurité sociale, des représentants nationaux des professions de santé ou des institutions nationales. Les indicateurs suivis au niveau national sont : 1) le nombre de séjours hospitaliers de personnes âgées pour chutes; 2) le nombre de décès de personnes âgées dus à des chutes. Voici des exemples d'actions au niveau national :
 - Le déploiement de centres d'information et de conseil sur les aides techniques et d'équipes locales d'accompagnement pour les aides techniques de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA);
 - Le réseau des [Maisons Sport-Santé](#) qui ont pour but d'accompagner et conseiller (avec ou sans ordonnance) les personnes souhaitant pratiquer une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, quel que soit leur âge;
 - Une carte géolocalisée interactive sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé pour permettre à un bénéficiaire, un aidant, un professionnel de santé ou du secteur médico-social de repérer les lieux proposant des services et biens en lien avec la prévention des chutes;
 - Le programme [MaPrimeAdapt'](#) : nouvelle aide pour financer les travaux d'adaptation des logements à la perte d'autonomie;
 - Une communication forte : l'information doit atteindre les personnes âgées et les professionnels de santé et du secteur médico-social, directement concernés par les chutes, mais les messages de prévention doivent aussi s'étendre au sein de la société, auprès des proches et des aidants des personnes âgées. L'ensemble des vecteurs d'information et de communication de tous les partenaires et du ministère seront mobilisés et une campagne d'information et de sensibilisation sera déployée et permettra de replacer la chute des personnes âgées comme un enjeu de santé publique.
 - Offrir un « panier de soins » à partir d'une consultation médicale incluant une première évaluation des capacités fonctionnelles et un point d'attention sur les

prises médicamenteuses, le déploiement de l'action coordonnée de professionnels phares dans la prévention des chutes pour une personne à risque de chute : intervenant en activité physique adaptée, diététicien et ergothérapeute.

- La téléassistance comme outil de prévention des chutes graves afin d'étendre la couverture de la téléassistance auprès des personnes âgées, par le concours des financements des conseils départementaux ou des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.
- La publication de fiches pratiques :
 - Manuel pratique – Prévention des chutes - Travail de l'équilibre chez les seniors et les personnes âgées : [Manuel pratique | Travail de l'équilibre chez les seniors et les personnes âgées \(PDF - 702.92 Ko\)](#)
 - Fiche synthèse pratique : [Plan antichute des personnes âgées | Fiche de synthèse | Février 2022 \(PDF - 116.31 Ko\)](#)
 - Affiches promotionnelles pratiques : [Plan antichute des personnes âgées | Tracts et affiches accessibles \(PDF - 222.32 Ko\)](#)
- [Des plans régionaux \(document synthèse\)](#) [25]: coordonnés par chaque [Agence régionale de santé](#) (ARS) en lien avec des partenaires locaux. Au moins une personne agit comme répondant au niveau local. Chaque ARS a des objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs avec des indicateurs locaux. Chaque action du plan régional est rattachée à un partenaire responsable d'en assurer la mise en œuvre avec le soutien d'un comité technique regroupant les principaux partenaires impliqués.

Australie

Le [programme Stay On Your Feet®](#) a été mis en place depuis plusieurs années par le gouvernement de l'état du Queensland et le gouvernement de l'état du [Western Australia](#) pour promouvoir un vieillissement actif et sain et prévenir les chutes chez les personnes âgées dans la communauté et dans les établissements de soins de santé, y compris les hôpitaux et les établissements résidentiels pour personnes âgées. Les habitants de Queensland âgés de 60 ans et plus sont au centre de Stay On Your Feet®. L'État de Western Australia (Australie-Occidentale) publie depuis 2023 des rapports annuels de surveillance sur la prévalence des chutes (exemple : [lien rapport 2024](#)).

Le programme inclut des ressources pour les personnes âgées, les professionnels de la santé ainsi que les établissements de santé, par exemple :

- Le continuum de soins et services en fonction du lieu (communauté, hôpital, résidence pour personnes âgées, soins de longue durée) et du niveau de risque de chute de la personne : [lien](#)
- Lignes directrices pour les interventions dans la communauté : [lien](#)
- Trousse d'outils pour l'implantation en quatre phases du programme dans la communauté : [lien](#)

L'État du Western Australia offre du soutien pour l'implantation du programme *Stay on your feet®* : des bourses de 5000\$ pour l'implantation dans une communauté, des ateliers gratuits de formation pour les professionnels, du matériel promotionnel en format papier ou en ligne, etc.

Dans l'état de New South Wales (NSW), le gouvernement a publié en 2022 des lignes directrices cliniques incluant des ressources pour la prévention et la prise en charge des chutes [26]. Ce guide destiné aux professionnels paramédicaux comprend des outils pour aider à dépister et à évaluer le risque de chute d'une personne, à recommander des interventions connues pour réduire le risque de chute et, dans le cadre de la pratique, à fournir des interventions pour modifier les facteurs de risque identifiés.

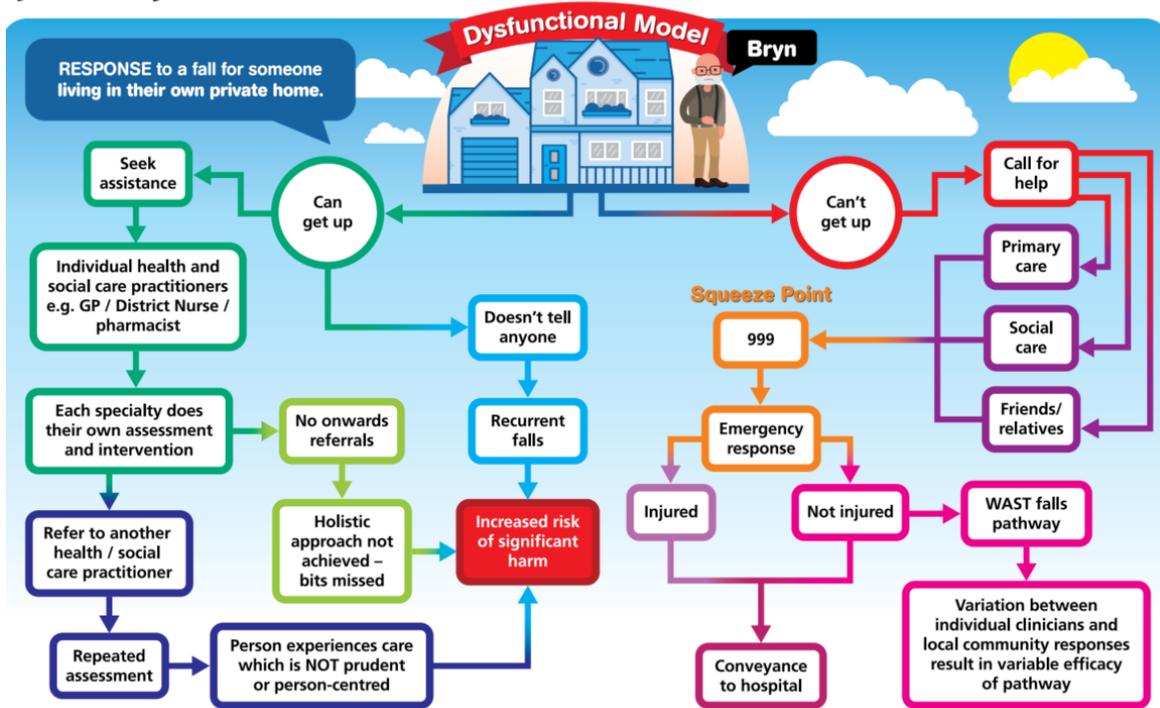
Royaume-Uni

Les lignes directrices du *National Institute for Health and Care Excellence* sur la prévention et l'évaluation des chutes chez les personnes âgées ont été publiées en 2013 ([lien](#)). Une mise à jour est prévue en avril 2025 ([lien](#)). En 2022, le *National Health Services* a publié des lignes directrices pour la prise en charge des chutes qui surviennent durant l'hiver (*Going further for winter: Community-based falls response*) [27]. Ce document définit les éléments requis afin d'assurer la planification d'une couverture adéquate des services communautaires d'intervention en cas de chute durant l'hiver selon le milieu de vie de la personne (domicile ou résidence pour personnes âgées) et si la chute a entraîné ou non des blessures.

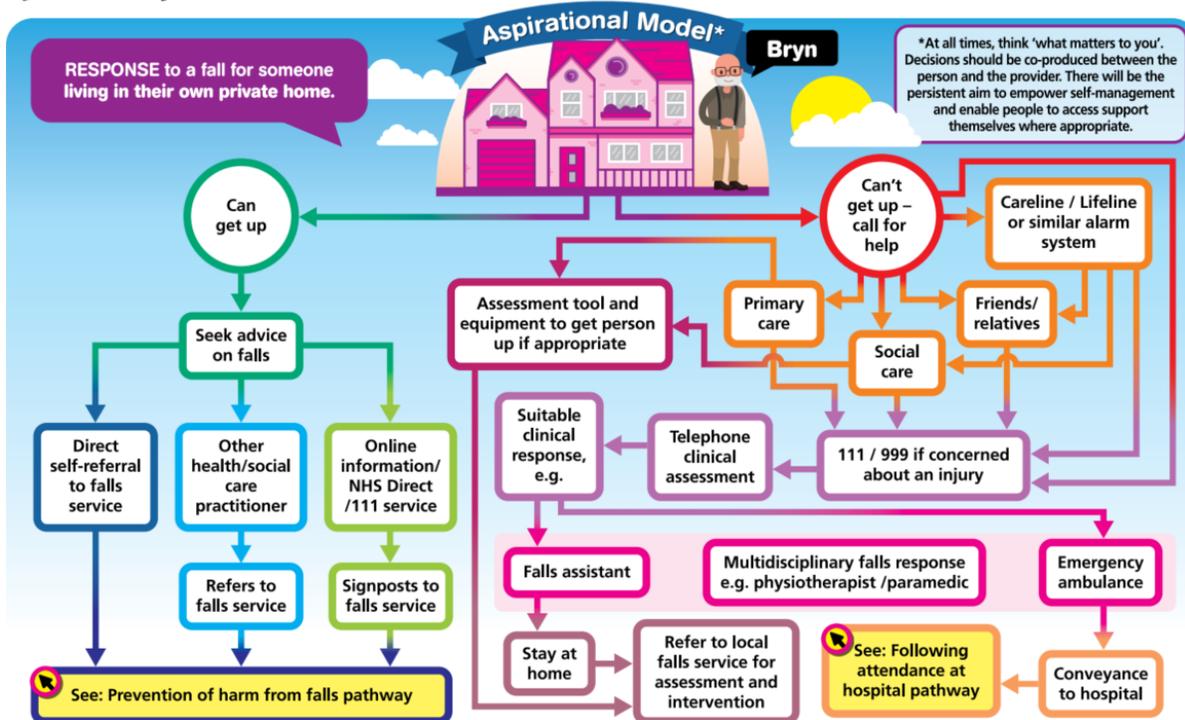
L'agence responsable ([Healthcare Inspectorate Wales](#)) d'évaluer les services de santé offerts dans le pays de Galles au Royaume-Uni a produit des lignes directrices en 2019 pour une approche intégrée de prévention et de prise en charge des chutes chez les personnes âgées [28]. Ce document est original car il présente six trajectoires de soins et services avec un fonctionnement inadéquat (*dysfunctional model*) et quel serait le fonctionnement optimal (*aspirational model*) :

- Prévention des chutes et promotion de l'autonomie des personnes âgées vivant à domicile
- Prévention des chutes et promotion de l'autonomie des personnes âgées vivant dans une résidence pour personnes âgées
- Interventions suite à une chute par une personne âgée vivant à domicile (cf. images ci-après)
- Interventions suite à une chute par une personne âgée vivant dans une résidence pour personnes âgées
- Interventions au service des urgences suite à une chute au domicile
- Interventions au service des urgences suite à une chute survenue dans une résidence pour personnes âgées

3. Pathways



3. Pathways



Ces schémas sont reproduits de: Healthcare Inspectorate Wales: Review of Integrated Care: Focus on Falls. Merthyr Tydfil (United Kingdom): Welsh Government; 2019, https://www.hiw.org.uk/sites/default/files/2019-09/HIW%20Review%20of%20Integrated%20Care%20-%20Focus%20on%20Falls_Eng.pdf. Copyright © 2025. Reproduced with permission from Healthcare Inspectorate Wales.

États-Unis

L'organisation *National Association of County and City Health Officials* (NACCHO) a publié un guide de soutien à l'implantation d'un programme de prévention des chutes, par exemple le programme STEADI, dans les départements locaux de santé (Local Health Departments) [29]. L'élaboration de ce guide a financièrement été soutenu par les *Centers for Disease Control and Prevention of the U.S. Department of Health and Human Services*. Ce document est basé sur des groupes de discussion avec huit départements locaux de santé afin de s'assurer que le guide présente un aperçu complet, cohérent et détaillé de l'implantation d'un programme de prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté. Le document comporte 6 sections :

- Section 1 : Pourquoi les services de santé locaux devraient-ils développer un programme clinique de prévention des chutes ?
- Section 2 : Comment un service de santé local commence-t-il à planifier un programme clinique de prévention des chutes ?
- Section 3 : Avec quels partenaires cliniques les services de santé locaux devraient-ils travailler ?
- Section 4 : Quelles sont les activités clés d'un programme clinique de prévention des chutes d'un service de santé local ?
- Section 5 : Comment les services de santé locaux devraient-ils contrôler et évaluer leur programme ?
- Section 6 : Les services de santé locaux peuvent-ils financer et maintenir leur programme?

➤ **Constats du sous-comité sur les orientations internationales:**

- *Les États-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni ont mis en place depuis plusieurs années des orientations et/ou programmes de prévention des chutes, mais l'implantation est variable localement et demeure sur une base volontaire.*
- *Le plan national antichute lancé en 2022 en France semble prometteur, car il s'agit d'une approche sociétale concertée, avec des objectifs chiffrés de réduction des chutes, qui implique les différents paliers de gouvernement ainsi que des partenaires de différents secteurs, c'est-à-dire au-delà du réseau de santé et de services sociaux. Par exemple, dans l'axe 2, l'action 4 concerne l'adaptation des espaces publics et des transports, et l'action 3 de prévoit du financement pour l'adaptation des logements. On ne retrouve cependant pas d'informations détaillées sur l'ensemble du financement au niveau national et régional.*

Prises de position ou recommandations d'experts sur la prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile

Parmi les documents retenus, dix portaient sur des recommandations d'organisations internationales ou de regroupements d'experts publiés après 2019 :

- Health Quality and Safety Commission – Nouvelle Zélande (2020) [30];
- Geriatric Research, Education, and Clinical Center and the Center for the Study of Healthcare Innovation, Implementation, and Policy, Veterans Affairs Greater Los Angeles Healthcare System (2020) [31];
- Organisation mondiale de la santé (2021) [13] ;
- Accident Compensation Corporation – Nouvelle Zélande (2021) [32];
- Recommandations mondiales sur la prévention des chutes par un groupe d'experts internationaux (2022) [12] et synthèse des recommandations en français [11]. La Haute autorité de santé de France a produit un document en 2024 [33] basé sur les recommandations mondiales de 2022;
- Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Injury Prevention and Control: « A CDC compendium of effective fall intervention: What Works for Community-Dwelling Older Adults (2023) [34];
- US Preventive Services Task Force (2024) [35, 36].

Les prochains paragraphes résument les éléments importants de ces recommandations selon leur ordre chronologique de publication. Nous avons détaillé seulement les recommandations mondiales de 2022 qui, à notre avis, regroupent les recommandations des autres documents identifiés dans la stratégie de recherche.

Health Quality and Safety Commission – Nouvelle Zélande 2020

Ce document de 13 pages intitulé « Topic 4 - *Adressing risk factors in a individualised care plan* » [30] fournit une synthèse des arguments et des étapes de l'évaluation et des interventions à effectuer pour la prévention des chutes auprès des personnes âgées dans la communauté, à l'hôpital ou les soins de longue durée. Ce chapitre 4 fait partie d'une série de 10 documents sur les chutes qui sont disponibles sur le site internet de l'organisme : [lien](#). Voici le titre des 10 chapitres :

- *Topic 1: Falls in older people: the impacts*
- *Topic 2: Which older person is at risk of falling? Ask, assess and act*
- *Topic 3: Falls risk assessment: a multifactorial approach*
- *Topic 4: Addressing risk factors in a individualised care plan*
- *Topic 5: Safe environment and safe care are essential to prevent falls*
- *Topic 6: After a fall: what should happen?*
- *Topic 7: Why hip fracture prevention and care matter*
- *Topic 8: Medicines: balancing intended benefits and increased falls risk*
- *Topic 9: Improving strength and balance to prevent falls*
- *Topic 10: An integrated approach to falls in older people: what part can you play ?*
- *Patients stories*

Geriatric Research, Education, and Clinical Center and the Center for the Study of Healthcare Innovation, Implementation, and Policy, Veterans Affairs Greater Los Angeles Healthcare System 2020

Deux experts œuvrant dans ces organisations ont rédigé un article publié par dans *The New England Journal of Medicine* [31] et qui présente des recommandations cliniques sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. L'article débute par une vignette clinique et on présente ensuite les recommandations cliniques reliées à chacun des facteurs de risque de chute avec des références à l'appui. L'auteur principal (Ganz) fait partie des auteurs des recommandations mondiales publiées en 2022 (cf. présentées aux pages suivantes).

Organisation mondiale de la santé 2021

Le document de 194 pages de l'Organisation mondiale de la santé [13] publié en 2021 couvre la prévention et la prise en charge des chutes à tous les âges (les enfants, les travailleurs et les personnes âgées). Pour mettre en place un système de prévention des chutes à l'échelle d'une région, l'OMS recommande de faire un portrait des chutes dans la région :

- Quels sont les principaux types de chutes (consulter les bases de données de la région, les cliniciens, etc.);
- Identifier les facteurs de risque de chute, les sous-groupes de la population les plus à risque et les lieux les plus à risque;
- Identifier les partenaires qui peuvent aider dans la prévention des chutes;
- Identifier les ressources déjà disponibles et celles qui seraient requises;
- Identifier les lois, politiques et règlements qui pourraient aider à la prévention des chutes;
- Identifier les ressources humaines et financières requises;
- Mesurer et évaluer les résultats des interventions.

Le document inclut les interventions efficaces connues en 2021 pour la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile (pages 88 à 104). L'Organisation mondiale de la santé avait également publié en 2017 des lignes directrices pour des soins intégrés visant à prévenir de façon globale le déclin des capacités intrinsèques (capacités physiques, cognitives et sociales) chez les personnes âgées vivant à domicile [37].

Accident Compensation Corporation – Nouvelle-Zélande 2021

Dans le document de 81 pages [32], Philips-Wood et Alpass présentent une synthèse narrative de la littérature publiée entre 2010 et 2020 sur l'ensemble des facteurs de risque associés aux chutes chez les personnes âgées vivant à domicile et ainsi que sur l'efficacité des interventions visant à réduire la fréquence des chutes et des blessures liées aux chutes dans cette population.

Les facteurs intrinsèques/propres à la personne abordés sont: l'âge avancé (85 ans et plus); le sexe féminin ; les antécédents de chute ; les problèmes de démarche et d'équilibre ; la fragilité et faiblesse musculaire ; la mauvaise vue ; les troubles cognitifs ; les maladies chroniques, notamment la maladie de Parkinson, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite, l'incontinence, le diabète, la dépression; la peur de tomber; la consommation d'alcool; la sédentarité; l'isolement social, le statut socio-économique; la localisation géographique (température, régions urbaines versus rurales).

Les facteurs extrinsèques abordés sont: la médication, en particulier les médicaments psychoactifs; l'utilisation inappropriée d'aide technique; les facteurs environnementaux, en particulier les obstacles et les risques de trébuchement, ainsi que les surfaces glissantes ou inégales.

On mentionne que **les chutes sont des événements multifactoriels et nécessitent donc une approche multifactorielle**. Bien qu'il existe des preuves que certaines interventions individuelles réduisent les chutes chez les personnes âgées, **les interventions les plus efficaces sont celles qui ciblent simultanément plusieurs facteurs de risque modifiables, de préférence déterminées individuellement pour chaque participant après une évaluation du risque de chute**: modification du domicile, révision de la médication, l'exercice physique, etc. **Un facteur clé de l'efficacité d'une intervention multifactorielle est qu'elle contient des interventions choisies avec la personne âgée**. Une évaluation qui se limite à orienter le participant vers d'autres services tend à manquer d'efficacité.

Recommandations mondiales 2022

Des recommandations mondiales ont été publiées en octobre 2022 [12] pour la prise en charge et la prévention des chutes chez les personnes âgées et une synthèse en langue française de ces recommandations a été publiée en 2023 [11]. Ces recommandations complètent les recommandations de 2019 du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) [38]. La Haute autorité de santé en France a aussi publié en 2024 [33] une synthèse portant sur les bonnes pratiques auprès des personnes âgées à risque de chute. Cette synthèse est basée sur les recommandations mondiales de 2022. Dans les systèmes de santé et d'aide sociale de nombreux pays, les personnes âgées sont considérées comme ayant 65 ans ou plus, mais dans certaines circonstances, l'âge de 60 ans peut être plus approprié en fonction du contexte et de l'espérance de vie en bonne santé. Les lignes directrices mondiales prennent systématiquement en compte : (i) une approche centrée sur la personne, y compris les perspectives des personnes âgées ayant une expérience vécue, des soignants et des autres parties prenantes ; (ii) les lacunes détectées dans les lignes directrices précédentes ; (iii) les développements récents en matière de santé en ligne et (iv) les défis de la mise en œuvre dans des contextes et des lieux aux ressources limitées, y compris les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI).

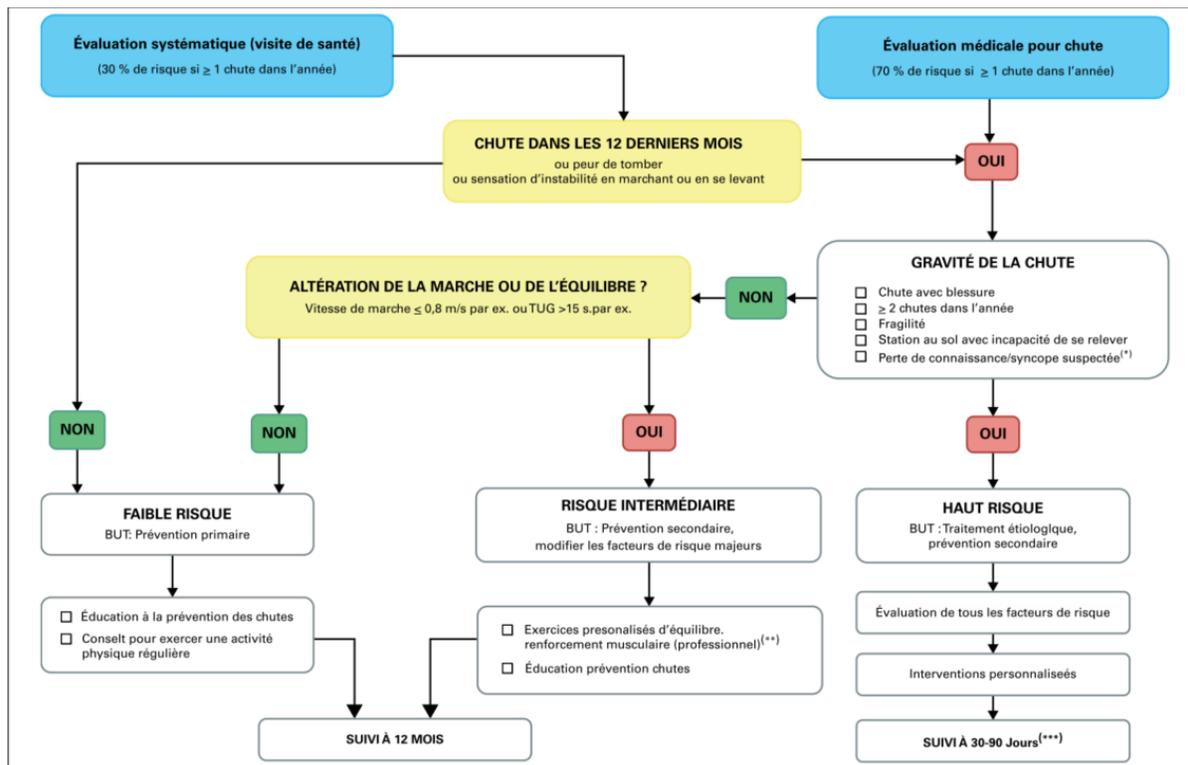
Voici un résumé des principaux éléments de ces recommandations mondiales qui nécessitent un déploiement adapté au contexte local et des ressources disponibles [12, 39]:

- Des conseils sur la prévention des chutes et sur l'activité physique doivent être donnés à toutes les personnes âgées.
- La recherche systématique de facteurs de risque de chute est recommandée pour les personnes âgées vivant au domicile lors d'une visite médicale. Des études indiquent que les personnes âgées, en particulier les hommes, sont réticentes à signaler les chutes, moins d'un tiers d'entre elles en faisant part à leur clinicien si on ne leur pose pas directement la question.
- Un algorithme est proposé (figure 1 ci-après) afin de stratifier le risque de chute et les interventions à mettre en place chez les personnes à risque faible, modéré et élevé. On recommande d'utiliser 3 questions clés ou le *Stay Independent self-risk assesment* (12 questions) faisant partie du programme STEADI. **Pour évaluer la marche et l'équilibre, on recommande la vitesse de marche (seuil < 0,8 mètre/seconde) et le TUG (seuil > 15 secondes)**. Les personnes à haut risque de chute doivent bénéficier d'une évaluation

complète de tous les facteurs de risque, en vue d'interventions multi-domaines et personnalisées, en accord avec les préférences de la personne.

- Les principaux éléments de l'évaluation et des interventions en fonction du risque de chute sont résumés au **tableau 1**. L'intervention multi-domaine chez les personnes âgées vivant au sein de la communauté devrait au minimum comprendre :
 - Des exercices de force et d'équilibre
 - Un examen des médicaments
 - La gestion de l'hypotension orthostatique et des maladies cardiovasculaires
 - La gestion des maladies aiguës et chroniques sous-jacentes
 - L'optimisation de la vision (chirurgie de la cataracte pour ceux qui en ont besoin, correction des troubles de la réfraction) et de l'audition
 - La prise en charge des problèmes de pieds et des chaussures appropriées
 - La supplémentation en vitamine D, si requis
 - L'optimisation de la nutrition
 - La gestion de la continence
 - Des interventions pour répondre aux inquiétudes concernant les chutes, l'éducation individuelle et la modification de l'environnement (y compris les dispositifs d'assistance et l'utilisation de la technologie).
 - Dans le cadre d'une évaluation multifactorielle du risque de chute, les cliniciens doivent s'enquérir des perceptions qu'a la personne âgée des chutes, de leurs causes, des risques futurs et des moyens de les prévenir.
- Des recommandations sont formulées pour des populations spécifiques : maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral, fracture de hanche, personne fragile, chutes avec perte de connaissance ou suspicion de syncope (en particulier chutes récurrentes inexpliquées).
- L'utilisation de la télésanté et de la domotique (systèmes intelligents à la maison) permet, quand elles sont disponibles, de détecter les chutes, mais aussi de les prévenir (toute modification d'habitude ou de mobilité doit pouvoir servir d'alarme à une situation pathologique sous-jacente qui peut favoriser les chutes). Le port d'un actimètre augmente aussi l'adhésion aux programmes d'exercice physique et réduit l'incidence des chutes.
- Pour les pays à faible revenu, l'évaluation du risque de chute doit reposer sur des questions simples telles que la recherche d'antécédents de chute ainsi que l'évaluation de la marche et de l'équilibre pour les patients qui sont tombés au cours de la dernière année. Les programmes seront très dépendants des ressources et devront se concentrer sur la prise en charge de l'obésité surtout si elle est accompagnée de sarcopénie, de diabète et de troubles cognitifs, qui sont les principaux facteurs de risque de chute dans ces pays.

Figure 1. Algorithme de stratification des risques, d'évaluation et de gestion/interventions pour la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile selon les recommandations mondiales 2022 [11, 12]



TUG : test Timed Up and Go. Bleu : dépistage; Jaune : évaluation; Rouge : risque intermédiaire ou élevé; Vert : Faible risque

Toute réponse positive aux 3 questions clés suivantes invite à l'étape « Gravité de la chute » : a) Avez-vous chuté au cours de l'année écoulée ? b) Vous sentez-vous instable en vous tenant debout ou en marchant ? ou c) Craignez-vous de tomber ?

Sévérité de la chute : chute avec blessures (suffisamment graves pour consulter un médecin), allongé sur le sol sans capacité de se lever, ou visite aux urgences, ou perte de conscience/suspicion de syncope.

Fragilité : Les outils d'évaluation de la fragilité couramment utilisés comprennent le phénotype de fragilité et l'échelle de fragilité clinique.

* La suspicion de syncope devrait déclencher l'évaluation/la gestion de la syncope.

** Des exercices sur l'équilibre/la force des jambes doivent être recommandés pour le groupe intermédiaire. Les preuves montrent que les exercices d'équilibre stimulants sont les plus efficaces pour la prévention des chutes. Dans plusieurs contextes, ce groupe intermédiaire est référé à un professionnel de l'activité physique.

*** Les personnes à haut risque qui font des chutes peuvent se détériorer rapidement et un suivi étroit est recommandé et devrait être guidé sur la fréquence d'utilisation des services de santé qui en résulte.

Figure en français reproduite de: Blain H, Annweiler C, Berrut G, Becker C, Bernard PL, Bousquet J, Dargent-Molina P, Friocourt P, Martin FC, Masud T *et al*: **[Synthesis in French of the 2022 global recommendations for the management and prevention of falls in the elderly]**. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2023, **21**(2):149-160. La version originale de cette figure a été publiée en anglais dans : Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, Aguilar-Navarro S, Alexander NB, Becker C, Blain H *et al*: **World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative**. *Age Ageing* 2022, **51**(9). Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), qui autorise la réutilisation, la distribution et la reproduction à des fins non commerciales sur tout support, à condition que l'œuvre originale soit correctement citée.

Tableau 1 : Prise en charge des personnes âgées à risque de chutes selon les recommandations mondiales 2022 et la synthèse en langue française de ces recommandations [11, 12]

Niveau de risque	Caractéristiques	Prise en charge
<p>Élevé</p> <p>Devraient se voir proposer une évaluation multifactorielle du risque de chute afin d'élaborer des interventions personnalisées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quand la chute est accompagnée d'une blessure qui nécessite une consultation médicale telle qu'une fracture, une luxation, un traumatisme crânien, une plaie ou autre ; • Quand il s'agit de chutes répétées (au moins deux chutes dans la dernière année) • En cas de chute dans un contexte de fragilité (présence d'au moins trois critères de Fried parmi : une vitesse de marche lente, une faible activité physique, une perte non intentionnelle de poids, une fatigue et une faiblesse musculaire) ou score supérieur ou égal à 4 au <i>Clinical Frailty Scale</i> (CSF) [40]; • Quand le patient a été incapable de se relever seul du sol ; • En cas de perte de connaissance ou de syncope suspectée (chutes répétées sans cause retrouvée par exemple) : ces patients doivent être orientés vers une consultation cardiologique et/ou neurologique en urgence en fonction de la cause suspectée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une évaluation étiologique multifactorielle visant à reconnaître et corriger tous les facteurs de risque de chutes modifiables. • Après correction des facteurs causaux, le patient devra être revu à 30 et à 90 jours pour évaluer si la prise en charge a permis de réduire le risque de chute. • Les interventions visant à réduire les chutes chez ces personnes à haut risque tiendront compte de l'évaluation des domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Performances physiques (équilibre, vitesse de marche, force musculaire, peur de tomber, transferts, capacité à se relever du sol) - Évaluation des pieds - Fonctions sensorielles - Fonctions cognitives et mentales - Dépression - Incontinence - Pathologies cardiovasculaires - Examen clinique général et bilan biologique - Statut nutritionnel, dosage de la vitamine D - Ostéoporose - Révision de la médication - Douleur - Évaluation de l'environnement si possible par un ergothérapeute
<p>Intermédiaire</p> <p>Devraient se voir proposer des exercices ciblés ou être orientées vers un physiothérapeute afin d'améliorer leur équilibre et</p>	<p>Quand le patient n'a fait qu'une chute dans les 12 derniers mois sans les critères de haut risque ou a été repéré à risque de chute (peur de tomber, sensation d'instabilité et autres paramètres du STEADI questionnaire), les patients sont à risque intermédiaire de chute en présence de troubles de la marche ou de l'équilibre, c'est-à-dire :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un examen clinique à la recherche d'une ou plusieurs causes de troubles de l'équilibre ou de la marche, complété éventuellement d'examen paracliniques. Cet examen peut être réalisé par le médecin traitant, qui peut se faire aider d'une consultation spécialisée, en particulier gériatrique, en

Niveau de risque	Caractéristiques	Prise en charge
<p>leur force musculaire et de réduire leur risque de chute.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quand la vitesse de marche est inférieure ou égale à 0,8 mètre/seconde ou ; • Quand le test <i>Timed Up and Go</i> est supérieur à 15 secondes (temps mis pour se lever d'une chaise positionnée à trois mètres d'un mur, aller au mur, faire demi-tour et revenir s'asseoir sur la chaise). <p>D'autres tests peuvent être utilisés pour authentifier des troubles de l'équilibre à la marche ou de l'équilibre statique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps tenu en appui unipodal [11] ou en position « pieds tandem » ; • Échelle d'évaluation de l'équilibre de Berg [12] ; • Test de Tinetti/test d'évaluation de la mobilité axée sur la performance (<i>Performance Oriented Mobility Assessment – POMA</i>) pour la partie équilibre et marche [13] ; • Test de portée fonctionnelle (<i>Functional Reach Test</i>) [14] ; • Test du lever de chaise (<i>Chair Stand Test</i>) [15] ; • Test des systèmes d'évaluation de l'équilibre (<i>Mini Balance Evaluation Systems Test – Mini-BESTest</i>) [16] ; • Marche en double tâche (<i>Dual Task test</i>) [17] ; • Test de performance d'évaluation du profil physiologique (<i>Physiological Profile Assessment Performance test</i>) [18] ; • Batterie courte de performances physiques (<i>Short Physical Performance Battery – SPPB</i>) [19]. <p>Pour les patients physiquement moins autonomes, des outils qui évaluent des tâches plus basiques tels que l'indice de mobilité de Morton (<i>de Morton Mobility Index – DEMMI</i>) peuvent être utilisés [20].</p>	<p>l'absence de cause retrouvée ou d'amélioration après ces premières mesures ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescrire des exercices physiques personnalisés en fonction des résultats des tests d'équilibre, de marche et de force musculaire. • Il est recommandé de proposer des exercices supervisés qui challengent l'équilibre et la force musculaire pour prévenir les chutes, tenant compte des activités de la vie quotidienne du patient, de son environnement et de ses préférences. Les exercices devront donc reproduire des tâches de la vie quotidienne, telles que le relevé de chaise, des squats, se pencher en avant en se levant, se lever avec un polygone de sustentation étroit, marcher dans différentes directions, vitesses, environnements et en double tâche. Les exercices doivent être suffisamment sollicitant pour améliorer les fonctions neurologiques, musculaires et squelettiques, mais doivent aussi être pratiqués en toute sécurité pour prévenir les blessures. Le fait que le programme soit discuté avec le patient va améliorer son adhésion. Les exercices doivent évoluer de manière à tenir compte des progrès du patient. • Fournir de l'éducation pour la prévention des chutes • Recherche si présence d'ostéoporose selon les recommandations en vigueur afin de réduire le nombre des fractures ; • Réévaluer le risque de chute à un an.
<p>Faibles</p>	<p>Toutes les autres personnes âgées, c'est-à-dire celles pour lesquelles les tests de repérage sont négatifs (pas d'antécédent de chute dans les douze derniers mois, pas de sensation d'instabilité, pas de peur de tomber, pas de fragilité, pas de difficultés de marche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir de l'éducation sur la prévention des chutes, incluant un conseil visant à la pratique régulière d'une activité physique (150 à 300 minutes d'activité d'intensité intermédiaire par semaine ou 75 à 150 minutes

Niveau de risque	Caractéristiques	Prise en charge
	ou d'équilibre) sont à considérer comme à faible risque de chute.	d'activité physique d'intensité vigoureuse). <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher si présence d'ostéoporose selon les recommandations en vigueur afin de réduire les risques de fractures ; • Réévaluer le risque de chute à un an.

US Preventive Services Task Force (USPSTF) 2024

En 2024, US Preventive Services Task Force (USPSTF) a publié une prise de position [36] suite à une revue systématique [35] sur les interventions efficaces visant à prévenir les chutes, la morbidité et la mortalité qui en découlent chez les adultes de 65 ans ou plus vivant en communauté. Le groupe recommande:

- Des interventions par l'exercice physique pour prévenir les chutes chez les adultes de 65 ans ou plus vivant en communauté et présentant un risque accru de chute.
- Considérer au cas par cas si offrir des interventions multifactorielles serait approprié pour prévenir les chutes aux personnes de 65 ans ou plus vivant en communauté et présentant un risque accru de chute. Les données existantes indiquent que le bénéfice net global de l'offre systématique d'interventions multifactorielles pour prévenir les chutes est faible. Pour déterminer si ce service est approprié pour un individu, les patients et les cliniciens doivent considérer l'équilibre entre les avantages et les inconvénients en fonction des circonstances des chutes antérieures, de la présence de comorbidités médicales, et des valeurs et préférences du patient.

➤ **Constat du sous-comité :**

- *Les recommandations mondiales publiées en 2022 sont les plus complètes et à jour en matière de dépistage et d'interventions en fonction du niveau de risque de chute (faible, modéré, élevé) de la personne aînée.*

Programmes de prévention des chutes dans les services de première ligne et les urgences

États Unis - Programme STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries)

L'initiative STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries) des Centers for Disease Control and Prevention (site web: <https://www.cdc.gov/steady/index.html>) a été conçue comme une approche multifactorielle de la prévention des chutes basée sur les lignes directrices de prévention des chutes, ainsi que deux modèles conceptuels : le modèle de soins chroniques de Wagner (Wagner, 1998) et le modèle transthéorique des étapes du changement de Prochaska (Prochaska & Velicer, 1997). **Dans STEADI, le risque de chute est conceptualisé comme une maladie chronique**, car les mesures visant à traiter les problèmes de santé sous-jacents et à prévenir les chutes nécessitent une réorganisation similaire des processus du système de soins de santé et des interactions régulières entre le patient et le prestataire de soins sur une longue période. L'objectif de STEADI est d'accroître les compétences des intervenants de la communauté pour dépister systématiquement les risques de chute chez les personnes âgées, évaluer si elles présentent des facteurs de risque de chute modifiables, et traiter les facteurs de risque identifiés selon les bonnes pratiques. STEADI se compose donc de trois éléments fondamentaux :

- **Dépister les** risques de chute chez les personnes âgées,
- **Évaluer les** facteurs de risque modifiables,
- **Intervenir** pour réduire le risque de chute en utilisant des stratégies efficaces.

STEADI comprend une série d'outils et de ressources, dont un guide synthèse pour les professionnels [41]. Ces ressources comprennent des informations de base sur :

- Les chutes
- Les options de dépistage : [questionnaire de 12 items](#) à compléter par le patient (un score de 4 et plus = à risque) ou 3 questions-clés (une réponse à une des 3 questions = à risque)
- Algorithme d'interventions à deux niveaux (**annexe 4**) et à 3 niveaux (**annexe 5**) : <https://www.cdc.gov/steady/media/pdfs/STEADI-Algorithm-508.pdf>, aussi disponible sous la forme d'un guide de poche <https://www.cdc.gov/steady/media/pdfs/steady-pocketguide-508.pdf>
- Les médicaments liés au risque de chute
- Tests standardisés d'évaluation de la marche et de l'équilibre : [lien](#)
- Les formations en ligne qui offrent une formation continue
- Des vidéos et brochures éducatives sur la prévention des chutes spécialement conçues pour les personnes âgées et leurs proches aidants.

L'implantation du programme STEADI a été étudiée :

- Dans des cliniques médicales (utilisation par des médecins et infirmières) [42-44] (**annexes 6, 7, 8 et 9**);
- Dans une pharmacie communautaire [45] (**annexe 10**);
- Lors de services ambulanciers [46] (**annexe 11**);
- Au service d'urgence [47] (**annexe 12**);

- Dans l'État du Massachusetts, avec la collaboration du département de la santé publique de cet État en impliquant les partenaires cliniques, communautaires et municipaux [48] (**annexe 13**);
- Dans une clinique médicale privée au Texas (par des infirmières) (**annexe 14**) [49].

De façon générale, on peut retenir les résultats suivants quant à ce programme:

- Dans les différents milieux d'implantation, le test de dépistage a pu être administré chez 50 % à 80% des personnes ciblées; les principales raisons pour ne pas dépister sont : manque de temps des professionnels ou conditions reliées à la personne âgée (ex. : troubles cognitifs, non ambulante, barrière de langue, refus)
- Le taux de personnes âgées dépistées à risque de chute variait de 20 à 60% selon la version de l'outil utilisé (3 questions, 5 questions ou 12 items) et le groupe ciblé (65 ans et plus en général ou sous-groupe avec un ou des facteurs de risque de chute)
- Parmi les personnes à risque, en moyenne environ 60-70% ont reçu une intervention en lien avec la prévention des chutes, le manque de temps des professionnels étant la principale raison de ne pas donner une intervention.
- Les modifications réellement apportées par les personnes âgées suite aux interventions des professionnels ne sont peu ou pas documentées dans les études sur le programme.
- L'impact du programme sur le nombre de visites à l'urgence ou d'hospitalisations reliées à une chute n'a pas toujours été significatif. La principale explication est qu'il est difficile de répertorier le nombre réel de chutes ou quasi-chutes et que les réelles modifications effectuées par la personne âgée en lien avec les facteurs de risque de chute ne sont souvent pas documentées.

Australie - Programme iSOLVE (Integrated Solutions for Sustainable Fall Prevention)

Nous avons vu précédemment que le programme Stay on your feet® a été mis en place depuis plusieurs années par le gouvernement de l'état du Queensland et le gouvernement de l'état du Western Australia pour promouvoir un vieillissement actif et sain et prévenir les chutes chez les personnes âgées dans la communauté et dans les établissements de soins de santé, y compris les hôpitaux et les établissements résidentiels pour personnes âgées.

Dans la région métropolitaine de Sydney, un autre programme nommé [iSOLVE](#) a été évalué auprès de patients qui reçoivent des soins en clinique médicale [50-52] (annexe 15). L'objectif d'iSOLVE est d'établir des processus et des parcours intégrés pour identifier les personnes âgées à risque de chute dans les services de santé de première ligne, par exemple lors d'une visite à un médecin généraliste dans une clinique médicale, ainsi que pour leur fournir les interventions appropriées en collaboration avec les partenaires de la communauté (pharmaciens, physiothérapeutes, etc.). L'implantation du programme repose sur l'implication des principaux partenaires : Sydney North Primary Health Network (SNPHN), New South Wales (NSW) state Clinical Excellence Commission's Fall Prevention Program et d'un comité consultatif composé de 14 membres représentant les différents professionnels de santé, les pharmacies communautaires et les médecins généralistes de la région ainsi que des usagers. Le programme iSOLVE comporte 4 volets :

- 1) L'identification et la gestion du risque de chute en médecine générale, comprenant une formation individuelle en face à face et un ensemble complet d'outils basé sur le programme STEADI pour aider les médecins généralistes à identifier et gérer le risque

de chute. Un [guide d'intervention iSOLVE](#) [53] a été développé, incluant un [algorithme](#) de dépistage et d'interventions pour les médecins ou infirmières dans les cliniques médicales. Un [formulaire](#) à compléter par la personne aînée a aussi été développé.

- 2) La formation des partenaires qui comprend des ateliers de prévention des chutes et mise en œuvre de processus de références entre les médecins et les autres services professionnels.
- 3) L'intégration des outils iSOLVE dans les systèmes informatisés des cliniques médicales (ex. : alertes, évaluation et production d'un plan d'intervention selon les facteurs identifiés, formulaires de références, etc.). Le formulaire de dépistage peut aussi être rempli en version papier ou avec une tablette dans la salle d'attente par l'utilisateur.
- 4) La diffusion et dissémination dans la région : ateliers de formation sur le programme iSOLVE auprès des médecins généralistes, des services d'ambulance, des professionnels et des pharmaciens communautaires et mise en place de collaboration pour faciliter les références entre les différents partenaires pour répondre aux besoins identifiés de l'utilisateur. Mise en place d'un site web pour regrouper toutes les informations et outils sur le programme. Un récent article publié par l'équipe de recherche présente une rétroaction réflexive sur les étapes de développement et d'implantation du programme depuis 2014 [54]. Bien que les professionnels formés au programme sont plus actifs dans la prévention des chutes, aucun effet significatif n'a été observé sur 12 mois en termes de réduction du taux de chutes dans un sous-groupe de patients (n = 560) traités par les équipes formées au programme par rapport à un groupe contrôle. La principale explication est qu'une contamination de bonnes pratiques entre les groupes d'intervention et contrôle peut se produire lors d'une étude de mise en œuvre plus large. Toutefois, les résultats étaient encourageants pour ce qui est des chutes plus graves, c'est-à-dire ayant causé des blessures, comme ils démontraient une réduction significative du risque de blessure.

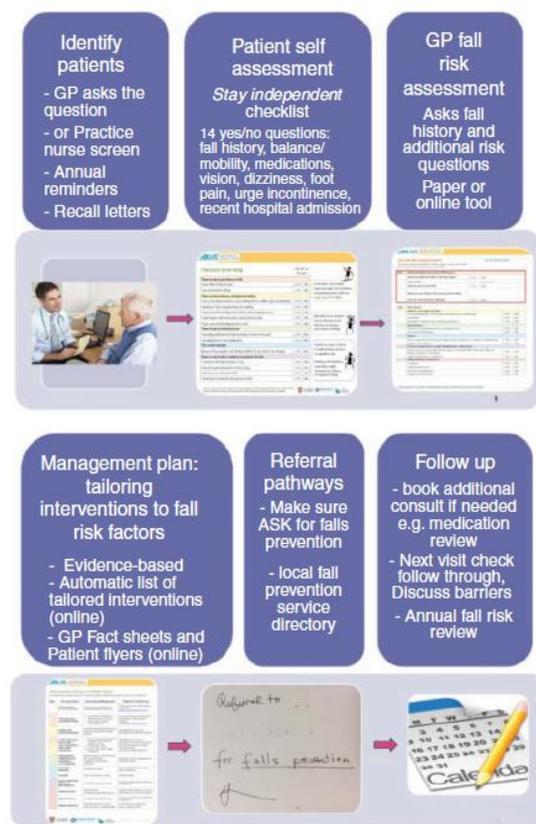


Fig. 1. GP workflow showing the iSOLVE process.]

Figure reproduite de: Mackenzie L, Liddle J, Clemson LM, Tan ACW, Lovarini M, Pit SW, Poulos RG, Roberts C, Pond CD, Willis K: Perspectives of Australian GPs on tailoring fall risk management: a qualitative study. *Aust J Prim Health* 2021, 27(5):409-415. Copyright © 2025 Reproduit sans frais avec la permission de Copyright Clearance Center au Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal.

États-Unis - Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Injury Prevention and Control 2023

Aux États-Unis, les *Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Injury Prevention and Control* ont publié en 2023 le document « *A CDC compendium of effective fall interventions: What Works for Community-Dwelling Older Adults* » [34]. Ce rapport de 255 pages a pour but de présenter des interventions spécifiques pour lesquelles il existe des preuves publiées de la capacité de l'intervention à réduire les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. La compilation de ces informations peut aider les praticiens de la santé publique, les prestataires de services aux personnes âgées, les cliniciens et d'autres personnes qui souhaitent s'attaquer au problème des chutes dans leur communauté. Les critères d'inclusion des études étaient :

- Publiées dans la littérature évaluée par les pairs
- Incluant des adultes âgés de 60 ans et plus vivant dans la communauté
- Utilisant un modèle d'étude contrôlée randomisée
- Spécifiquement conçues pour être une intervention de prévention des chutes
- Mesurant les chutes ou la proportion de chuteurs comme résultat
- Démontrant des résultats positifs statistiquement significatifs dans la réduction des chutes ou des blessures dues aux chutes chez les personnes âgées
- Se déroulant dans une communauté ou un environnement clinique

- Rédigées ou disponibles en anglais.

Trente-quatre interventions simples (17 interventions d'exercices, 5 interventions de modification du domicile et 17 interventions cliniques) et 16 interventions multidimensionnelles sont incluses dans la 4e édition du compendium. On retrouve en annexe du compendium les outils développés pour certains programmes.

États-Unis : National Council on Aging (NCOA) 2023

Selon la base de données sur les chutes du NCOA Center for Healthy Aging [55], plus de 67 % des participants aux programmes de prévention des chutes indiquent qu'ils souffrent de plusieurs maladies chroniques, les trois principales étant l'arthrite (66 %), les maladies cardiaques (27 %) et le diabète (24 %). Soixante-sept pour cent des participants aux programmes de prévention des chutes souffrent de plusieurs maladies chroniques, ce qui pourrait augmenter leur risque de chute. Par exemple, une personne souffrant d'arthrite peut avoir des articulations et des mouvements douloureux, ce qui peut l'amener à limiter ses activités. Lorsqu'une personne commence à limiter son activité en raison d'une douleur chronique, il peut en résulter une mobilité réduite et une faiblesse musculaire. Les personnes âgées peuvent également commencer à limiter leurs activités par peur de tomber. Tous ces facteurs combinés, faiblesse musculaire, activité limitée, douleur chronique et peur de tomber, peuvent augmenter le risque de chute.

Le NCOA a développé douze modèles de dépliants pour sensibiliser les professionnels de la santé et les personnes âgées aux avantages des programmes de prévention des chutes basés sur une maladie chronique particulière en mettant en évidence le type de maladie chronique, les facteurs de risque de chute associés, les solutions et l'option du programme de prévention des chutes.

- Arthrite ([lien](#))
- Diabète ([lien](#))
- Dépression ([lien](#))
- Commotions cérébrales ([lien](#))
- Perte d'audition ([lien](#))
- Maladie cardiaque ([lien](#))
- Ostéoporose ([lien](#))
- Obésité ([lien](#))
- Parkinson ([lien](#))
- Sclérose en plaque ([capable de marcher](#) ou en [chaise roulante](#))
- Infection au HIV (sida) ([lien](#))

Répertoire de l'Institut national de santé publique du Québec

Au Québec, l'institut national de santé publique du Québec a publié en 2021, en contexte pandémique, un *répertoire des initiatives en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile dans le contexte de la pandémie de Covid-19* [56]. Les initiatives ou programmes répertoriés consistent essentiellement en des moyens pour maintenir la force et l'équilibre chez les aînés, accompagnés, ou pas, de capsules d'information. Pour chaque initiative, on présente la provenance (pays/état/province/organisme ou concepteur), une brève description de son contenu de même que son format de présentation (application mobile ou site web, contenu en vidéos, sur une page web ou en format PDF). Bien que l'efficacité des exercices réalisés

individuellement à l'aide de plateformes numériques n'ait pas encore été démontrée clairement, ils représentent une solution de remplacement intéressante en l'absence d'activités supervisées. De plus, l'INSPQ fait la promotion de l'activité physique à l'extérieur de façon sécuritaire, même en saison hivernale ([lien](#)).

Dans le répertoire de l'INSPQ, les initiatives ou programmes ont été regroupés en deux grandes catégories :

- Le premier regroupe les programmes d'exercices accompagnés ou non de capsules d'information sur les facteurs de risque de chutes, disponibles sur des applications mobiles ou sur des sites web. Les applications mobiles retenues sont gratuites, disponibles en téléchargement au Québec, soit sur la plateforme IOS, Android ou Windows. Cependant, elles ne sont généralement disponibles qu'en anglais. Les exercices s'adressent aux personnes âgées. L'information qui les accompagne s'adresse également aux proches aidants et aux professionnels qui pourraient être amenés à soutenir les âgés dans la réalisation des exercices (motivation, encouragement, accompagnement, etc.). Les capsules d'information portent notamment sur les moyens pour réduire les risques, de même que sur les outils permettant de faire une autoévaluation du niveau de risque, une évaluation du risque domiciliaire ou associé à la prise de médicaments, etc.
 - Canada
 - Parachute : Ajouter du mouvement à votre quotidien Canada, <https://parachute.ca/wp-content/uploads/2020/07/Ajouter-du-mouvement-%C3%A0-votre-quotidien-%C3%A0-la-maison-UA.pdf>
 - Marche vers le futur, développé par le consortium national de formation en santé, Ontario, Canada, <https://www.cnfs.ca/marche-vers-le-futur>
 - Health Link BC Colombie-Britannique, Canada, <https://www.healthlinkbc.ca/healthtopics/av2500>
 - Staying on your Feet: Taking Steps to Prevent Falls/Pour rester sur pied : Mesures à prendre pour prévenir les chutes. Ce site web est propulsé par la santé publique de Winnipeg, Manitoba, Canada, <https://preventfalls.ca/older-adults/>; en français : <https://preventfalls.ca/older-adults-f/?lang=fr>
 - Royaume-Uni
 - Keep On Keep Up (KOKU) University of Manchester, Royaume-Uni: <https://kokuhealth.com/>
 - StopFalls Hertfordshire Care Providers Association, Royaume-Uni, Site web aussi disponible : <https://www.hcpastopfalls.info/>
 - Chartered Society of Physiotherapy Royaume-Uni: <https://www.csp.org.uk/public-patient/keeping-active-healthy/staying-healthy-you-age> ; <https://www.csp.org.uk/public-patient/keeping-active-and-healthy/staying-healthy-you-age/staying-strong-you-age/strength>
 - Scottish Centre for Telehealth and Telecare Royaume-Uni, <https://fallsassistant.org.uk/>
 - National Health Service Royaume-Uni, <https://www.nhs.uk/live-well/exercise/balance-exercises/>
 - Nouvelle-Zélande
 - Otago Exercise Programme - Later Life Training Nouvelle-Zélande : <https://laterlifetraining.co.uk/courses/otago-exercise-programme-leader/>
 - Écosse:

- National Health Service Inform Écosse : <https://www.nhsinform.scot/healthy-living/preventing-falls/keeping-well/strength-and-balance-exercises/>
- Le deuxième regroupe les campagnes de sensibilisation sur les chutes. Les campagnes de sensibilisation sur la problématique des chutes chez les personnes âgées sont en anglais ou en français. Elles visent à informer le grand public et les personnes âgées sur la prévention des chutes, avec une attention particulière portée au contexte pandémique
 - Au Nouveau-Brunswick : Parlons Chutes www.parlonschutes.ca ou <https://falltalk.ca/?lang=fr>
 - À l'échelle nationale au Canada : Novembre sans chute <https://www.novembresanschute.ca>
 - À l'échelle nationale au Canada : Campagne de sensibilisation de Parachute <https://parachute.ca/fr/>
 - Aux États-Unis : National Council on Aging, <https://www.ncoa.org/page/falls-prevention-awareness-week-videos-infographics-handouts-and-more/>

Revue systématique en 2023

Vandervelde et coll. ont publié en 2023 [57] une revue systématique sur les **stratégies d'implantation des interventions multifactorielles** pour la prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Les stratégies d'implantation rapportées ont été classées en deux niveaux : individuel et environnemental. Le niveau individuel correspond aux stratégies reliées à la personne âgée et aux professionnels de santé, tandis que les stratégies environnementales touchent les organisations, la communauté et la politique/société.

Les critères d'inclusion de cette revue systématique étaient :

- Évaluation des stratégies de mise en œuvre pour les interventions multifactorielles de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile;
- Langue : Anglais, néerlandais et allemand;
- Plusieurs environnements (par exemple, hôpitaux, résidences pour personnes âgées) inclus uniquement si des informations spécifiques sur la communauté étaient disponibles;
- Expériences, perceptions et besoins du groupe cible;
- Le recrutement a été effectué dans les hôpitaux, mais l'intervention devait être coordonnée dans la communauté.

Les critères d'exclusion étaient :

- Stratégies de mise en œuvre non décrites ou non évaluées dans le cadre communautaire;
- Éditoriaux, articles d'opinion, études uniquement rapportées sous forme de résumé de conférence, revues systématiques, méta-analyses;
- Autres milieux que la communauté (par exemple, hôpitaux, maisons de retraite);
- L'éducation (également l'éducation par les pairs) était la seule stratégie de mise en œuvre;
- Ciblait une population spécifique (par exemple, fragilité, sclérose en plaques, maladies cardiovasculaires).

Dix-huit études ont été retenues ayant été publiées entre 1996 et 2021 (la majorité était publiée depuis plus de 5 ans et seulement 3 étaient randomisée contrôlée) et provenaient des pays suivants : Australie (n=7), États-Unis (n=7), Belgique, Nouvelle-Zélande, Iran et Thaïlande. Le

programme iSOLVE (Australie) a été identifié dans cette revue, mais pas le programme STEADI (États-Unis) qui n'a pas été identifié par leur stratégie de recherche.

Les auteurs concluent que les études d'implantation incluses dans la revue systématique se sont principalement concentrées sur les stratégies de mise en œuvre **au niveau de la personne aînée et du professionnel de santé**. Les stratégies de mise en œuvre les plus fréquemment mentionnées au **niveau individuel** (stratégies reliées à la personne âgée et aux professionnels de santé) étaient les suivantes : adaptation i.e. des interventions adaptées aux facteurs de risque de chute de la personne âgée (n = 18), apprentissage actif i.e. encourager le changement axé sur des objectifs et des activités (n = 17), personnalisation des risques i.e. fournir les avantages de l'action ou de l'inaction par rapport au comportement à changer (n = 16), individualisation i.e. des recommandations adaptées à la progression individuelle (n = 12), sensibilisation i.e. fournir de l'information sur les causes, conséquences et les alternatives à un comportement problématique (n = 11) et participation i.e. l'engagement de la personne âgée (n = 10).

Les stratégies de mise en œuvre les plus fréquemment mentionnées **au niveau environnemental** (stratégies reliées aux organisations, à la communauté et à la politique/société) étaient les suivantes : assistance technique i.e. fournir de la formation aux intervenants, développer des outils (guide d'implantation, outils de dépistage, soutien financier, etc.) (n = 14), recours à des intervenants champions et des personnes aînées qui vont être des modèles (n = 10), renforcement de l'influence des parties prenantes en formant des coalitions et en utilisant le développement communautaire et l'action sociale afin de changer les politiques des organisations (n = 8), formation de collaboration entre les individus et les organisations (n = 8) et résolution participative des problèmes en impliquant les parties prenantes (n = 7). Deux autres stratégies ont été rapportées, soit la coordination des interventions de prévention et les suivis par une infirmière dédiée et l'intégration de la prévention des chutes dans la prise en charge des maladies chroniques.

➤ **Constats du sous-comité :**

- *STEADI a fait l'objet du plus grand nombre d'études publiées entre 2017 et 2024. Son implantation a été évaluée à l'échelle locale ou régionale (États américains) dans des cliniques médicales, mais aussi en pharmacie communautaire, dans les services ambulanciers et les services d'urgence.*
- *Deux programmes intéressants ont aussi été implantés dans certaines régions en Australie : le programme iSOLVE (Integrated Solutions for Sustainable Fall Prevention) dans la région métropolitaine de Sydney, inspiré du programme STEADI, et le programme Stay On Your Feet© (États du Queensland et du Western Australia).*

Autres perspectives issues de la recherche en lien avec la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

Notre stratégie de recherche dans la littérature ne visait pas à recenser toutes les interventions efficaces issues de la recherche pour la prévention des chutes (activité physique, nutrition, etc.) mais bien les nouvelles trajectoires ou modèles d'organisation des interventions pour la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.

La stratégie de recherche a permis de retenir 16 articles ou documents (thèse de doctorat) présentant des résultats de projets de recherche sur des sujets variés et reliés à la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile :

- Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV) : prévalence des chutes et seuil du TUG associé à la survenue de 2 chutes et plus [58]
- Modèles conceptuels de la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile [59, 60]
- Revues systématiques et méta-analyses sur les interventions pour prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile [61-66] : interventions multifactorielles, modifications du domicile, exercices physiques, technologies (caméras, capteurs, senseurs, etc.)
- Étude originale décrivant l'implantation d'interventions systématiques de prévention des chutes suite aux appels au 911 pour une chute par des personnes âgées vivant à domicile [67]
- Étude originale d'un essai randomisé d'une intervention multifactorielle chez des personnes âgées vivant à domicile et impact sur la survenue des chutes et/ou de fractures [68]
- Étude originale portant sur la réduction des médicaments agissant sur le système nerveux central pour prévenir les chutes et les blessures chez les personnes âgées [69]
- Études originales sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant dans des régions rurales [70, 71]
- Étude originale portant sur un système de surveillance par caméra des chutes dans les lieux publics dans un village de Chine [72]
- Questionnaire de repérage des incapacités visuelles [73]

Le tableau 2 ci-après résume les principaux résultats de ces différentes publications.

Tableau 2. Autres perspectives issues de la recherche en lien avec la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV)		
Beauchamp, 2022 [58] Canada	Étude de cohorte : 8594 personnes âgées de 65 ans et	- Prévalence des chutes : 13 % des participants ont rapporté avoir chuté ou avoir un problème de mobilité qui affecte leurs activités quotidiennes dans les 12 mois précédents. Les auteurs mentionnent que la prévalence des chutes est

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV)	plus vivant dans la communauté	<p>possiblement sous-estimée dans l'ELCV à cause de la formulation spécifique des questions sur les antécédents de chute qui diffère de la formulation (toutes les chutes, quelle que soit leur impact) dans les lignes directrices actuelles de pratique clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Performances physiques associées à la survenue de 2 chutes et plus : Un TUG \geq 13,7 secondes était associé, pour les hommes et les femmes ensemble, à la survenue de 2 chutes et plus dans les 18 mois de suivi. Chez les femmes de 65 à 74 ans et de 75 à 85 ans, ces seuils étaient respectivement de \geq 14,1 et \geq 12,9 secondes. Chez les hommes de 65 à 74 ans et de 75 à 85 ans, ces seuils étaient respectivement de \geq 11,7 et \geq 13,9 secondes. Chez les hommes de 65 à 74 ans, un seuil de 3,6 secondes et moins au test sur une jambe (Single Leg Stance) était aussi associée à la survenue de 2 chutes et plus dans les 18 mois de suivi.
Modèles conceptuels de la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile		
Lai, 2023 [59] Singapour	Exercice de modélisation de groupe (Group Model Building) par un groupe de chercheurs et de cliniciens: 4 gériatres, 1 ergothérapeute et 4 chercheurs spécialisés dans les chutes	<p>Ce travail a permis de produire une représentation visuelle commune de la structure causale des chutes et de réfléchir sur la manière dont les programmes d'intervention actuels et futurs peuvent traiter les chutes chez les personnes âgées, en particulier dans le contexte asiatique. Un diagramme causal a été représenté dans quatre sous-modèles : 1) Peur de tomber, 2) Blessures associées aux chutes, 3) Surprotection des aidants, 4) Trouble de stress post-traumatique et résilience psychologique. Selon le groupe, les éléments-clés pour un programme efficace de prévention des chutes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se concentrer sur la force, l'équilibre et l'endurance - Avoir des modifications individualisées de l'environnement physique - Avoir une composante d'autogestion par la personne âgée, éventuellement facilitée par la technologie - Avoir une composante de fixation d'objectifs comme moteur de la motivation - Être réalisable dans la communauté - Devrait être adapté à une population clairement définie et à ses besoins
Vincenzo, 2024 [60] États-Unis	Article d'opinion (forum manuscript)	<p>Les programmes de prévention des chutes dans la communauté ont moins développé les stratégies pour le suivi à long terme des patients après l'identification et la prise en charge initiale des personnes à risque. En conséquence, le suivi clinique, communautaire et d'autogestion promus par le modèle des maladies chroniques ne sont pas présents, ce qui se traduit par des résultats moins probants que prévu quant à l'efficacité des programmes de prévention à réduire le nombre de chutes.</p> <p>Les éléments clés qui différencient le modèle élargi des maladies chroniques du modèle traditionnel sont l'intégration</p>

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
		<p>des ressources communautaires dans le système de prestation des soins de santé, la communication bidirectionnelle entre les ressources cliniques et communautaires, et la promotion de politiques publiques visant à soutenir l'engagement actif du patient en faveur de l'autogestion.</p> <p>Les auteurs suggèrent des actions pour que la prévention des chutes soient effectuées selon les principes d'un modèle élargi des maladies chroniques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Promouvoir les partenariats entre les acteurs cliniques et communautaires pour soutenir la prévention des chutes chez les personnes âgées 2) Création de systèmes de données permettant d'inclure des données communautaires au-delà du système de santé, soutenir l'engagement et soutenir les évaluations des résultats. 3) Offrir des interventions basées sur les données probantes tant par les cliniciens que les intervenants dans la communauté et selon les préférences des patients 4) Donner aux patients les moyens de gérer leur santé, y compris leur risque de chute, et les préparer à le faire. 5) Élaborer des politiques visant à soutenir les programmes de gestion des maladies chroniques incluant la prévention des chutes. 6) Construire des maisons et des environnements qui favorisent un mode de vie actif et permettent de vieillir en toute sécurité chez soi. 7) S'associer à des organisations communautaires locales et nationales, y compris des lieux de culte et différents centres culturels, pour soutenir la diversité des personnes âgées dans la communauté
Revue systématique et méta-analyses sur les interventions pour prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile		
Hopewell, 2020 [63] Royaume-Uni	Revue systématique et méta-analyse visant à évaluer les effets à long terme des interventions multifactorielles pour prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile	Inclusion de 41 essais contrôlés randomisés (suivi 12 à 48 mois ; 19 369 participants âgés; âge moyen entre 72 et 85 ans) évaluant les effets d'interventions multifactorielles sur les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant dans la communauté, par rapport aux soins habituels ou aux soins habituels accompagnés de conseils. <ul style="list-style-type: none"> • Sur les 41 essais, 30 comprenaient au moins deux des composantes d'intervention recommandées par le NICE et 21 fournissaient directement un traitement pour traiter les facteurs de risque identifiés dans le cadre de l'intervention. Trente-quatre essais ont été comparés aux soins habituels et sept essais ont été comparés aux soins habituels plus des conseils. • Les composantes les plus courantes de l'intervention multifactorielle étaient l'exercice (35/41 essais) et l'environnement/les technologies d'assistance (par

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
		<p>exemple, évaluation des risques à domicile et modifications, orientation vers un ergothérapeute) (31/41 essais).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'examen des médicaments (25/41 essais) et les interventions psychologiques (par exemple, intervention cognitivo-comportementale, orientation vers des services de santé mentale) (17/41 essais) étaient également courants. • Les résultats de cette étude montrent que les interventions multifactorielles peuvent prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile et peuvent réduire légèrement le risque de chute unique ou multiple et de chutes récurrentes (définies comme deux chutes ou plus dans une période donnée). Il peut y avoir peu ou pas d'effet bénéfique à long terme sur d'autres résultats liés aux chutes (par exemple, les fractures). On mentionne également que l'effet de l'intervention sur le taux de chutes peut être plus faible si comparé aux soins habituels incluant des conseils généraux de prévention des chutes (c'est-à-dire sous forme écrite, audio ou visuelle) versus des soins habituels seuls (sans conseils généraux). • Limites de l'étude : en raison de la mauvaise qualité des rapports de certains essais, il n'a pas toujours été possible d'identifier les éléments clés de l'intervention. Plus de la moitié (28/41) des essais ont indiqué avoir évalué l'adhésion à l'intervention, le plus souvent en surveillant l'adhésion aux séances. Cependant, la mesure dans laquelle les participants aux essais ont adhéré aux différents éléments du traitement de l'intervention n'était pas claire.
<p>Dautzenberg, 2021 [62]</p> <p>Suisse, Grèce, Pays-Bas, Italie et Canada</p>	<p>Revue systématique et méta-analyse visant à comparer l'efficacité des interventions uniques, multiples et multifactorielles pour prévenir les chutes et les fractures liées aux chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.</p> <p>Interventions incluses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercices physiques - Médication - Chirurgies 	<p>Méta-analyse incluant 98 388 participants provenant de 192 essais randomisés (en grappes) et des essais quasi-randomisés publiés dans n'importe quelle langue qui évaluaient l'efficacité des interventions d'une durée maximale de 52 semaines visant à prévenir les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les interventions uniques suivantes, par rapport aux soins habituels, étaient associées à une réduction du nombre de chutes : l'exercice (risque relatif [RR] 0,83 ; intervalle de confiance [IC] à 95 % 0,77-0,89) et les stratégies d'amélioration de la qualité (par exemple, l'éducation des patients) (RR 0,90 ; IC à 95 % 0,83-0,98). • L'exercice en tant qu'intervention unique a été associé à une réduction du taux de chutes (RR 0,79 ; IC à 95 % 0,73-0,86). • Les composantes communes des interventions multiples associées de manière significative à une réduction du nombre de chutes et du taux de chutes étaient l'exercice, la technologie d'assistance, l'évaluation et les modifications de l'environnement, les stratégies d'amélioration de la

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion de l'incontinence urinaire - Nutrition - Interventions psychologiques - Évaluation et modifications de l'environnement - Aides techniques ou technologies - Gestion de l'hypotension - Évaluation du risque de chutes - Thérapies de Vibrations du corps - Traitements chiropratiques - Stratégies de promotion et éducation auprès de la personne âgée - Stratégies pour améliorer les pratiques des professionnels 	<p>qualité et l'évaluation de base des risques de chute (par exemple, l'examen des médicaments). Les interventions multifactorielles ont été associées à une réduction du taux de chutes (RR 0,87 ; IC à 95 % 0,80-0,95), mais pas à une réduction du nombre de personnes ayant chuté (RR 0,95 ; IC à 95 % 0,89-1,01).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les interventions uniques suivantes, comparées aux soins habituels, ont été associées à une réduction du nombre de fractures liées aux chutes : évaluation de base des risques de chute (RR 0,60 ; IC à 95 % 0,39-0,94) et exercice (RR 0,62 ; IC à 95 % 0,42-0,90). <p>Plus de la moitié des études incluses présentaient des lacunes méthodologiques (<i>lack of allocation concealment and high risk of blinding</i>). La catégorisation des interventions en composantes a permis de faire des analyses sur l'effet de ces composantes dans leur ensemble (par exemple, l'exercice), mais pas sur des sous-catégories spécifiques au sein de ces composantes (par exemple, la musculation ou le tai-chi). Peu d'études ont examiné l'effet des interventions de prévention des chutes chez les personnes âgées multimorbides, ce qui est fortement recommandé pour les recherches futures.</p>
Lektip, 2023 [64] Thaïlande	<p>Revue systématique et méta-analyse visant à évaluer les effets de la modification du domicile sur la prévention des chutes</p> <p>Critères d'inclusions des études : Essais contrôlés randomisés incluant des personnes âgées (60 ans et plus) en bonne santé ou souffrant de handicaps multiples,</p>	<p>10 études ont été incluses dans la méta-analyse : n = 1 960 participants avec un âge moyen entre 70 et 79 ans.</p> <p>Dans huit études, l'intervention consistait en une évaluation des dangers à la maison à l'aide de méthodes d'évaluation fiables, suivie de suggestions d'amélioration fournies par des ergothérapeutes. L'évaluation de la sécurité à domicile était généralement effectuée avec l'outil Westmead Home Safety Assessment.</p> <p>Dans les deux autres études, les interventions étaient différentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'aide d'une maquette résidentielle de 60 cm × 60 cm, l'infirmière de santé publique chercheuse donne des conférences et utilise la maquette pour enseigner un programme de sensibilisation aux dangers domestiques et une formation sur la manière d'adapter et de créer la sécurité dans un environnement résidentiel. Les sujets ont participé

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
	<p>tels que déficience visuelle, perte auditive, maladie neurologique ou musculo-squelettique, ou déficience cognitive.</p> <p>Interventions : élimination des dangers à la maison et les modifications de la sécurité à domicile pour réduire les chutes et améliorer la sécurité dans les activités de la vie quotidienne.</p> <p>Mesures de résultats : nombre de chutes ou le taux de chutes.</p>	<p>à une pratique interactive avec l'instructeur en supprimant les obstacles de la maquette pour assurer la sécurité du sol et de l'environnement à chaque endroit.</p> <ul style="list-style-type: none"> Présentation de recommandations sous forme de brochure qui comprenaient l'activité physique, le dépistage des troubles de la vue, l'évaluation des médicaments et la modification de la maison. <p>Impact sur les chutes : La méta-analyse a montré une réduction cliniquement significative de 7 % du nombre de chutes (risque relatif = 0,93 ; 0,87-1). Seules deux études sur dix ont constaté que les modifications apportées au domicile ne réduisaient pas les chutes. Cela peut s'expliquer par le manque d'adhésion à l'intervention dans les deux études.</p> <p>Limites de l'étude : - Seulement 7 études ont évalué l'adhésion à une intervention sur une période de suivi allant de 1 à 12 mois</p> <p>Les auteurs recommandent que les interventions au domicile : soient standardisées; soient bien ciblées, tant pour la personne que pour l'environnement; fassent l'objet d'un suivi adéquat; incluent une formation et une éducation suffisantes pour les personnes âgées et leurs proches; fassent partie de la procédure normale après une consultation pour une chute au service des urgences.</p>
<p>Clemson, 2023 [61]</p> <p>Australie, États-Unis, Royaume-Uni</p> <p>Revue Cochrane</p>	<p>Revue de la littérature visant à évaluer les effets (avantages et inconvénients) des interventions environnementales (telles que la réduction des risques de chute, les technologies d'assistance, les modifications du domicile et l'éducation) pour prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.</p>	<p>Inclusions au total de 22 études provenant de 10 pays et portant sur 8 463 personnes âgées vivant à domicile. Les participants étaient âgés en moyenne de 78 ans et 65 % étaient des femmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Preuves très probantes qu'un programme visant à éliminer les risques de chute à domicile (escalier sans rampe, mauvais éclairage, plancher glissant, encombrement) peut réduire le nombre de chutes de 38% chez les personnes ayant un risque élevé de chutes (a fait une chute dans la dernière année, avoir été récemment hospitalisé ou avoir besoin d'aide pour les activités quotidiennes). Il n'y avait aucune preuve d'effet lorsque les interventions étaient destinées à des personnes non sélectionnées pour leur risque de chute. ➤ Pas de certitude si les dispositifs d'assistance (tels que la vérification de la prescription de lunettes, les chaussures spéciales ou les systèmes d'alarme de lit) peuvent réduire le risque de chute. ➤ Pas de certitude si le simple fait d'informer une personne âgée vivant en communauté sur les risques de chute a un impact sur la réduction de ces risques.
<p>Wong, 2020 [65]</p>	<p>Revue systématique et méta-analyse</p>	<p>- Douze études ont été incluses et 4 784 participants ont été impliqués avec un âge moyen de 75,4 ans.</p>

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
Hong Kong	<p>ayant pour but d'analyser l'efficacité des exercices physiques sur la prévention des chutes et des fractures liées aux chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.</p> <p>Des essais contrôlés randomisés impliquant des personnes âgées de plus de 60 ans vivant en communauté et ayant recours à des exercices physiques ont été inclus. Les résultats ciblés étaient les chutes et les fractures.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les interventions d'exercices les plus courantes étaient des exercices de force et d'équilibre. La fréquence d'entraînement variait de 1 à 4 fois par semaine durant une période de 3 à 24 mois. - Les résultats de la méta-analyse de 11 études ont montré que l'exercice physique avait un effet bénéfique sur la prévention des chutes (RR = 0,71, IC à 95 %, 0,62-0,82 ; I2 = 24 %, p < 0,0001). - L'effet était meilleur lorsque l'exercice physique était appliqué aux femmes participantes (RR = 0,64, IC à 95 %, 0,49-0,83 ; I2 ¼ 28 %, p ¼ 0,00009) par rapport aux participants hommes et femmes (RR ¼ 0,75, IC à 95 %, 0,64-0,89 ; I2 ¼ 24 %, p ¼ 0,001). - Les résultats de la méta-analyse de sept études ont montré que l'exercice physique avait un effet significatif sur la prévention des fractures (RR = 0,54, IC à 95 %, 0,35-0,83 ; I2 = 25 %, p = 0,005). Cependant, l'effet était significatif lorsque l'intervention par l'exercice était appliquée aux participantes uniquement (RR = 0,37, IC à 95 %, 0,20-0,67 ; I2 ¼ 0 %, p ¼ 0,001) mais non significatif lorsque l'intervention par l'exercice s'appliquait aux deux sexes (RR ¼ 0,80, IC à 95 %, 0,58-1,09 ; I2 ¼ 0 %, p ¼ 0,15). <p>Limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bases de données Pubmed et Embase seulement - En ce qui concerne les mesures des résultats, certaines études n'ont pas appliqué de calendriers des chutes. Cela peut entraîner des inexactitudes dans le taux d'incidence des chutes. - Il y avait également une hétérogénéité dans les périodes de suivi entre les études.
Tanwar, 2022 [66] Inde, États-Unis, Malaisie	Revue systématique sur les technologies pour la prévention des chutes	<p>L'article débute avec un résumé des facteurs de risque reliés aux chutes. On regroupe les types de chutes en trois principales catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chute à partir du lit - Chute à partir de la position assise - Chute à partir de la position debout ou en marchant <p>On définit les concepts suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prédiction des chutes : surveillance continue de la personne âgée à l'aide d'appareils portables ou non et la détermination à l'avance de la probabilité de sa chute - Détection des chutes : processus qui consiste à découvrir qu'une personne âgée a fait une chute, puis à envoyer un signal d'alarme pour informer les professionnels de santé de l'incident. - Prévention des chutes : réalisée par une surveillance continue et une évaluation périodique de l'état des facteurs de risque de chute identifiés

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
		<p>L'article rapporte des projets de recherche qui ont développé et testé différentes technologies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cellulaire avec un accéléromètre tridimensionnel - Utilisation de capteurs portables - Utilisation de caméras - Utilisation de senseurs - Utilisation de l'intelligence artificielle - Utilisation d'un tag sur la poitrine de la personne <p>Les défis sur lesquels les chercheurs dans ce domaine font face :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La majorité des systèmes développés pour détecter ou prédire les chutes chez les personnes âgées ou ambulatoires ne sont pas testés dans un environnement réel. Les tests de ces systèmes sont principalement effectués sur des volontaires, jeunes et en bonne santé, et généralement en laboratoire. L'absence de validation auprès d'utilisateurs réels remet en question leurs performances dans la vie réelle. 2) L'acceptation finale de tout système par les utilisateurs réels est plus probable si leurs opinions sont intégrées au stade initial du développement. Malheureusement, les besoins ne sont pas recueillis en impliquant activement les personnes âgées dès le départ. 3) La plupart des projets, brevets et modèles développés valident leur produit en mesurant certains paramètres. Il n'y a pratiquement aucun cas où l'acceptation ou la satisfaction des utilisateurs est prise comme critère d'efficacité des travaux de recherche menés. 4) Une approche hybride de dispositifs portables et ambiants à un coût raisonnable serait prometteuse pour réduire les obstacles. 5) La plupart des personnes sont réticentes à appuyer sur le bouton d'alarme après une chute. Cela se produit soit en raison de la difficulté à l'activer, soit parce qu'elles ne veulent pas déranger leurs proches. 6) Jusqu'à présent, presque aucune étude n'a fait appel à la participation de sujets réels, de leurs proches et des membres de leur famille. Il se peut que les services d'urgence ne soient pas sollicités à chaque fois qu'une personne tombe. Des problèmes similaires peuvent être traités s'ils sont activement impliqués dans l'étape de collecte des besoins. 7) Habituellement, les produits sont conçus d'un point de vue technologique, en tenant compte de facteurs tels que la consommation d'énergie, la batterie de secours, le temps de réponse, le montage des capteurs, etc. Les considérations médicales sont généralement dépassées par ces débats techniques.

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
		<p>8) Dans les dispositifs à bouton-poussoir, les personnes âgées mettent plus de temps à réaliser qu'elles tombent que les plus jeunes (qui sont habitués à tester le dispositif). Par conséquent, il se peut qu'elles n'appuient pas sur le bouton en temps voulu.</p> <p>9) Les systèmes existants ne sont généralement pas conformes aux normes de confidentialité.</p>
<p>Étude originale décrivant l'implantation d'interventions systématiques de prévention des chutes suite aux appels au 911 pour une chute par des personnes âgées vivant à domicile</p>		
<p>Quatman-Yates, 2022 [67]</p> <p>États-Unis</p>	<p>Étude originale ; pré -post intervention</p>	<p>Implantation d'une trajectoire clinique informatisée grâce à un partenariat entre un centre médical universitaire et les services du 911 dans un quartier de 35 000 habitants en Ohio. Environ 17% de la population est âgée de 65 ans et plus. Le présent projet excluait les appels au 911 par les centres de soins de longue durée. L'objectif était de réduire d'au moins 20 % le nombre d'appels au 911 pour une chute et de transports liés aux chutes par mois.</p> <p>4 phases d'implantation ont été requises pour une durée totale d'environ 3 ans (rencontre de l'équipe 1 à 2 fois par mois durant tout le projet): exploratoire (12 mois); préparatoire (8 mois); implantation (3 mois); pérennisation (12 mois). Les approches utilisées pour recueillir des informations, planifier et raffiner la trajectoire comprenaient, entre autres : des observations des processus sur le lieu de soins; des groupes de discussion avec les partenaires; des revues de la littérature et un audit sur les premières interventions par les ambulanciers.</p> <p>La trajectoire clinique comprenait les étapes suivantes (figure 1 dans le document):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification des personnes à risque élevé de chutes par les ambulanciers et référence informatisée à l'équipe de prévention des chutes dans la communauté - Visite à domicile dans les 24-48 heures - La visite est d'une durée de 60 minutes pour évaluer les facteurs de risque et l'environnement physique (outils STEADI et Home Safety Self-Assesment Tool). Application d'un algorithme à 4 niveaux pour déterminer la priorité des interventions (rouge, orange, jaune et vert). - Planification d'un suivi hebdomadaire, mensuel et appels ou visites de suivi. <p>Entre septembre 2016 et août 2019, il y a eu 10 215 appels au 911, dont 892 (8,73%) étaient reliés aux chutes. Environ 10 % des personnes âgées n'ont pas accepté la visite par l'équipe de prévention des chutes.</p> <p>L'équipe de prévention des chutes a effectué 25 visites (toutes nouvelles) en 2017, 236 visites (42 nouvelles, 194 suivis) en 2018 et 517 visites (109 nouvelles, 398 suivis) en 2019. En 2019, les bénéficiaires du programme étaient en moyenne âgés</p>

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
		<p>de 77 ans et 58,5% étaient des femmes. La durée des visites était en moyenne de 60 minutes.</p> <p>Le nombre d'appels au 911 pour une chute est passé de 135 dans la phase exploratoire à 46 dans la phase de pérennisation. Le nombre d'appels nécessitant un transport à l'hôpital est passé de 96 à 36. Par contre, le nombre d'appels pour de l'assistance à la mobilité était comparable entre les deux phases (213 versus 208) (<i>lift assists</i> : aucune blessure suspectée, mais la personne avait besoin d'aide pour retrouver une position de mobilité).</p> <p>Limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une seule communauté relativement petite - Coûts payés par une subvention de recherche - Le programme de prévention des chutes était déjà actif et établi dans la communauté - Les services ambulanciers ont apporté un soutien financier et opérationnel important pour maintenir le programme de prévention des chutes, ce qui n'est peut-être pas le cas dans d'autres communautés. - Les coûts économiques de ce modèle n'ont pas été évalués - Les appels à une autre compagnie d'ambulances n'ont pas été pris en compte.
Étude originale évaluant une intervention multifactorielle chez des personnes âgées vivant à domicile et impact sur la survenue des chutes et/ou de fractures		
<p>Lamb, 2020 [68]</p> <p>Royaume-Uni</p>	<p>Essai randomisé auprès de 9803 personnes âgées de 70 ans et plus suivies par 63 médecins de famille à travers l'Angleterre.</p> <p>Résultats étudiés : Taux de chutes et de fractures sur 18 mois</p> <p>Trois groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle : Conseils par la poste uniquement (n= 3223) - Intervention 1 : Dépistage des risques de chute et exercices 	<p>Les conseils par la poste, le dépistage des risques de chute et un programme d'exercice ciblé (Otago) ou une intervention multifactorielle pour prévenir les chutes n'ont pas permis de réduire le nombre de fractures par rapport aux conseils par la poste seulement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rapport du taux de fracture avec l'exercice par rapport aux conseils par la poste était de 1,20 (intervalle de confiance [IC] à 95 %, 0,91 à 1,59), et le rapport du taux avec la prévention multifactorielle des chutes par rapport aux conseils par la poste était de 1,30 (IC à 95 %, 0,99 à 1,71). • Le programme d'exercice a été associé à de faibles gains en termes de qualité de vie liée à la santé et de coûts globaux des soins de santé. • Trois événements indésirables (un épisode d'angine de poitrine, une chute lors d'une évaluation multifactorielle de prévention des chutes et une fracture de la hanche) ont été observés au cours de la période d'essai. <p>Principales limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mesure des chutes était rétrospective contrairement à un journal des chutes - Les blessures mineures n'ont pas été colligées

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
	ciblés (Otago 2 fois/semaine + programme de marche) en plus des conseils par la poste (n=3279) - Intervention 2 : Dépistage des risques de chute et interventions multifactorielles (exercices, médication, modifications de l'environnement, etc.) ciblées en plus des conseils par la poste (n=3301)	<ul style="list-style-type: none"> - L'adhérence aux interventions était jugée présente si la personne participait à la première session de chaque intervention. - Le nombre moyen (\pm écart-type) de séances d'exercice était de $5,5 \pm 1,98$ durant 18 mois, sans différence entre les groupes en termes de participation ou de résultats en matière de force et d'équilibre. Le programme d'exercices Otago (lien) est de faible intensité.
Étude originale sur la réduction des médicaments agissant sur le système nerveux central pour prévenir les chutes et les blessures chez les personnes âgées		
Phelan, 2024 [69] États-Unis, Canada, Australie	Essai clinique randomisé en grappes visant à tester l'effet d'une intervention de déprescription intégrée au système de santé et ciblant les personnes âgées et leurs médecins de famille afin de réduire l'utilisation de médicaments agissant sur le système nerveux central et de prévenir les chutes avec blessures.	<p>Dans le cadre de cet essai clinique randomisé en grappes, à groupes parallèles, 18 cabinets de soins primaires d'un système de soins de santé intégré de l'État de Washington ont été recrutés du 1er avril 2021 au 16 juin 2022 pour participer, avec leurs patients éligibles. La randomisation s'est faite au niveau de la clinique. Les patients étaient des adultes de 60 ans ou plus vivant dans la communauté, à qui on avait prescrit au moins un médicament de l'une des cinq classes de médicaments ciblées (opioïdes, sédatifs hypnotiques, relaxants musculaires squelettiques, antidépresseurs tricycliques et antihistaminiques de première génération) pendant au moins trois mois consécutifs.</p> <p>L'intervention consistait à offrir de l'éducation aux patients et une aide à la décision aux cliniciens. Les participants du groupe témoin ont reçu les soins habituels.</p> <p>Le résultat principal était les chutes traitées médicalement. Les résultats secondaires comprenaient l'arrêt du traitement, l'arrêt prolongé du traitement et la réduction de la dose de tout médicament ciblé. Les résultats en matière de sécurité étaient les effets indésirables graves liés au sevrage des opioïdes ou des sédatifs-hypnotiques. Les analyses ont été réalisées en utilisant l'analyse en intention de traiter.</p> <p>Principaux résultats : l'intervention n'a pas été plus efficace que les soins habituels pour réduire le nombre de chutes traitées médicalement :</p>

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
		<ul style="list-style-type: none"> - 2 367 patients participants (âge moyen [écart type] : 70,6 [7,6] ans ; 1 488 femmes [63 %]) - Taux d'incidence cumulé ajusté d'une première chute traitée médicalement à 18 mois était de 0,33 (IC à 95 %, 0,29-0,37) dans le groupe d'intervention et de 0,30 (IC à 95 %, 0,27-0,34) dans le groupe de soins habituels (rapport de risque ajusté estimé, 1,11 (IC à 95 %, 0,94-1,31) (P = 0,11). - Par contre, il y avait des différences significatives en faveur du groupe d'intervention en ce qui concerne l'arrêt, l'arrêt prolongé et la réduction de la dose d'antidépresseurs tricycliques à 6 mois (taux ajusté d'arrêt : groupe d'intervention, 0,23 [IC à 95 %, 0,18-0,28] contre groupe de soins habituels, 0,13 [IC à 95 %, 0,09-0,17] ; risque relatif ajusté, 1,79 [IC à 95 %, 1,29-2,50] ; P = 0,001) et aux autres temps de suivis (9, 12 et 15 mois). <p>Ces résultats peuvent s'expliquer par des taux similaires de déprescription dans les groupes d'intervention et de soins habituels. Les taux d'arrêt des hypnotiques sédatifs et des myorelaxants dans le groupe de soins habituels étaient élevés (> 40 % à 15 mois). Les participants étaient également majoritairement robustes (nonfrail). L'essai a été mené pendant la pandémie de COVID-19, au cours de laquelle les consultations externes ont souvent été effectuées à distance ; ce facteur, ainsi que les exigences supplémentaires imposées aux professionnels de la santé par la COVID-19, ont peut-être limité les considérations de déprescription.</p>
Études originales sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant dans des régions rurales		
Pighills, 2019 [71] Australie	Étude originale incluant un sondage, un audit de dossiers, et un groupe de discussion sur les pratiques d'évaluation par des ergothérapeutes de l'environnement physique pour la prévention des chutes au sein d'un service de santé de Queensland qui regroupe une clientèle rurale et régionale (90 000 km ² et 280 000 personnes)	<p>Les ergothérapeutes travaillant dans les hôpitaux ruraux occupent généralement des postes uniques, assumant diverses fonctions, notamment en pédiatrie, en rééducation, en évaluation à domicile et en soins aux personnes âgées, dans le cadre de services hospitaliers, ambulatoires ou de proximité. La gestion opérationnelle de ces rôles en milieu rural n'est généralement pas assurée par un ergothérapeute. Les ergothérapeutes des centres régionaux sont plus susceptibles de travailler aux côtés d'autres ergothérapeutes, mais fournissent néanmoins un service plus généraliste que leurs homologues urbains. L'étude a porté sur un hôpital régional, six hôpitaux ruraux et deux services communautaires.</p> <p>Défis des ergothérapeutes en milieu rural ou régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être des généralistes polyvalents possédant un large éventail de connaissances pratiques - Contraintes financières et temporelles liés aux déplacements sur des zones géographiques étendues - Isolement professionnel : accès limité au soutien professionnel, manque de temps pour participer à des

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
		<p>activités de développement professionnel, et pas d'accès aux ressources, telles que les revues scientifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peu de recherches ont été menées sur les stratégies visant à améliorer l'adoption des meilleures pratiques par les ergothérapeutes travaillant dans les milieux ruraux. <p>Principaux résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au total, 24 ergothérapeutes ont participé à l'étude : 14 ont participé à l'enquête et 12 d'entre eux ont également participé aux groupes de discussion. - Cinquante-huit dossiers médicaux de patients ont été audités. - Les résultats de l'enquête ont montré que la plupart des ergothérapeutes étaient confiants et expérimentés dans l'évaluation et la modification de l'environnement pour la prévention des chutes. Cependant, l'examen des dossiers a révélé qu'aucun des patients n'avait bénéficié de cette intervention. - L'analyse des discussions de groupe a permis d'identifier trois thèmes clés qui ont influencé l'adoption de l'évaluation et de la modification de l'environnement : la confiance dans les interventions efficaces et la connaissance de celles-ci ; le soutien des principales parties prenantes et la connaissance de l'ergothérapie ; et l'impact perçu du temps et des ressources nécessaires à la mise en œuvre. - Les solutions visant à faciliter la mise en œuvre des meilleures pratiques en matière de prévention des chutes doivent tenir compte des caractéristiques uniques du contexte régional et rural des services de santé. Ces facteurs contextuels comprennent la charge de travail des généralistes, les vastes zones géographiques desservies, l'accès au développement professionnel, la disponibilité du soutien par les pairs et les structures de gestion opérationnelle des équipes dans lesquelles travaillent les ergothérapeutes. Des programmes de formation spécifiques à la prévention des chutes sont nécessaires pour améliorer la confiance et les compétences : programmes de formation en ligne, formation à distance par vidéoconférence, accès au soutien par les pairs et au mentorat.
<p>Morris, 2020 [70] Pittsburg State University, Kansas, États-Unis</p>	<p>Étude originale dans le cadre d'une thèse de doctorat portant sur l'évaluation des programmes de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant dans des communautés rurales</p>	<p>Défis en milieu rural :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personne âgée vivant seule qui peut passer des heures sur le sol avant que quelqu'un ne la trouve. - Domicile à plus de 25 kilomètres d'un centre hospitalier - Hôpitaux régionaux moins équipés pour prendre en charge le patient avec des blessures graves. Même si l'état du patient peut être stabilisé, cela peut entraîner un retard dans les soins. - Ressources limitées en milieu rural pour la prévention des chutes

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
		<p>Une revue de la littérature a été réalisée pour identifier les programmes de prévention des chutes fondés sur des preuves qui pourraient être modifiés pour répondre aux besoins des communautés rurales. Le programme STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries), le programme d'exercices Otago et le programme Stepping On ont été sélectionnés comme étant les plus adaptés aux besoins de ce projet. Le programme Stepping On nécessite une formation de 3 jours en présentiel et peut être offert par une infirmière. La formation pour le programme Otago est offerte en ligne et accréditée. Le programme Otago peut être offert par une infirmière si un physiothérapeute n'est pas disponible. Le dépistage des personnes âgées à risque a été faite selon l'algorithme et les outils STEADI.</p> <p>Les professionnels de la santé de l'une ou l'autre des cliniques locales ont été invités à identifier (outils STEADI) et à orienter les personnes âgées présentant un risque plus élevé de chute, exprimant une crainte de chute ou ayant fait une chute au cours de l'année écoulée. Les aides-soignants à domicile, les physiothérapeutes et les prestataires des services d'urgence ont également pu référer des patients à l'infirmière du programme de prévention des chutes. L'Hôpital et sont service des urgences a aussi été informé du programme de prévention des chutes.</p> <p>La chercheuse qui est une infirmière a combiné les programmes Otago et Stepping On pour une durée totale de 6 semaines. Le projet durait 6 semaines. Dix participants ont été recrutés, trois utilisaient une canne et trois utilisaient une marchette au besoin. Les participants n'ont pas chuté dans les 6 semaines. La complétion des exercices physiques à la maison n'était pas validée. Les commentaires des participants ont été globalement positifs et ils ont manifesté leur intérêt à poursuivre le programme à long terme.</p>
Étude originale portant sur un système de surveillance par caméra des chutes dans les lieux publics dans un village de Chine		
Meng, 2023 [72] Chine	Étude originale sur le développement d'un système de surveillance intelligent dans des villages où il y a une pénurie des ressources médicales pour intervenir lorsqu'une personne âgée chute	L'article présente les démarches réalisées dans trois villages : <ul style="list-style-type: none"> - Identification des espaces publics extérieurs dans la communauté où les chutes sont susceptibles de se produire via des sondages auprès des acteurs locaux et des personnes âgées ainsi que des observations par caméra. - Le système d'estimation intelligent de la plateforme de surveillance se coordonne avec les professionnels de santé et les proches aidants, fonctionnant à la fois comme un récepteur pour identifier les informations de chute chez les personnes âgées et comme un émetteur pour envoyer des alarmes aux professionnels et aux aidants. En cas de blessure ou de maladie grave, la plateforme de

Auteur principal, année de publication, pays	Type d'article	Principaux résultats
		surveillance sert également de liaison, en contactant et en demandant l'aide du réseau familial élargi enregistré dans la base de données.
Questionnaire de repérage des incapacités visuelles		
Gresset, 2015 [73] Québec, Canada	Guide de 56 pages qui explique de façon détaillée la passation et la cotation du test.	<p>L'implantation, l'expérimentation et l'adaptation du Questionnaire de repérage des incapacités visuelles ainsi que le développement de son annexe sont le résultat d'un partenariat entre les gestionnaires et intervenants des Centres de santé et services sociaux (CSSS) de Montréal et de la Montérégie, le Service d'accueil, évaluation et orientation (AEO) et le Programme de repérage de la déficience visuelle de l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) du CISSS de la Montérégie-Centre.</p> <p>Le questionnaire de 20 questions est utilisé pour le repérage de la déficience visuelle pour les personnes en perte d'autonomie de plus de 75 ans suivies à domicile dans le but de prévenir les chutes et leurs conséquences (hospitalisation, perte d'autonomie, hébergement prématuré, etc.). Si le score est inférieur à 6, recommandez à la personne un examen oculovisuel annuel ou aux deux ans, maximum. Si le score est égal ou supérieur à 6, recommandez la personne en réadaptation en déficience visuelle.</p>

➤ **Constats du sous-comité sur les perspectives issues de la recherche :**

- L'application des principes du modèle élargi de soins aux malades chroniques à la prévention des chutes serait prometteuse à long terme chez les personnes âgées vivant à domicile. Ce modèle se caractérise par l'intégration des ressources communautaires dans le système de prestation des soins de santé, la communication bidirectionnelle entre les ressources cliniques et communautaires, et la promotion de politiques publiques visant à soutenir l'engagement actif du patient en faveur de l'autogestion de sa santé.
- Les revues systématiques et méta-analyses qui ont été retenues dans la présente revue de la littérature sur les interventions multifactorielles ont été prise en compte dans les recommandations mondiales de 2022. Elles n'apportent donc pas de solutions nouvelles. Il est aussi important de noter que ces études présentent certaines limites. Par exemple, les composantes individuelles des interventions incluses dans ces revues systématiques et méta-analyses sont différentes en fonction du profil de risque de l'individu, tant au sein d'un essai individuel que d'un essai à l'autre. Il est donc difficile de savoir précisément l'impact de la combinaison des interventions

(exercices versus autres). De plus, l'adhésion aux interventions par les participants est difficile à évaluer de façon fiable. Finalement, des risques de biais étaient souvent présents dans les études : distribution aléatoire des groupes, méthodes de mesures des chutes ou des fractures, mise à l'aveugle de l'évaluation des chutes, mise à l'aveugle des participants et du personnel et données de résultats incomplètes.

- Les études originales retenues dans la présente revue de la littérature n'apportent pas de solutions nouvelles par rapport aux recommandations mondiales 2022 sur les interventions multifactorielles, sur la réduction des médicaments agissant sur le système nerveux central ou sur l'implantation d'une trajectoire clinique pour les personnes âgées qui appellent le 911 suite à une chute.
- Les deux études originales ayant eu lieu dans les régions rurales ont mis en évidence les défis spécifiques à ces milieux, par exemple : charge de travail des professionnels, vastes zones géographiques desservies, accès moindre aux activités de développement professionnel, isolement professionnel, etc.
- Le questionnaire sur le repérage des incapacités visuelles développé au Québec devrait être plus connu.
- L'étude originale sur le système de surveillance par caméra des chutes dans les lieux publics dans un village en Chine sera difficilement implantable au Québec. Par contre, certaines technologies rapportées dans la revue systématique de Tanwar 2022 sont présentement testées au Québec (exemple : la technologie [NEARS-SAPA](#), une technologie de télésurveillance des activités de la vie quotidienne). Par ailleurs, l'[initiative envisAGE](#) a récemment été mise en place au Québec et vise à soutenir l'évaluation de technologies en situation réelle, incluant en matière de prévention ou l'identification des chutes.

Proposition

Suite à cette première revue narrative de la littérature, le sous-comité formule la proposition suivante à l'intention du MSSS, de Santé Québec et des établissements de santé et services sociaux :

À l'intérieur de la future Stratégie nationale de prévention en santé, développer un plan d'action gouvernemental sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile comportant un volet national et des volets régionaux avec des cibles chiffrées en matière de résultats.

La prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile doit être une priorité collective et être **soutenue adéquatement en matière de ressources humaines et financières par les divers paliers de gouvernance nationale, régionale et locale**. Elle doit être configurée au-delà des deux programmes inscrits au dernier Programme national de santé publique (à savoir le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) et Viactive), afin de s'inscrire dans une approche sociétale intégrée et concertée s'apparentant, par exemple, au modèle préconisé par le Plan national antichute en France et considérant la diversité des profils de santé et des conditions de vie de personnes âgées vivant à domicile.

Un tel plan gouvernemental devrait permettre de couvrir tout le continuum de prévention des chutes et inclure des actions de promotion de la santé, notamment en **mobilisant, par leur engagement et du financement, d'autres directions du MSSS, ministères et organismes nationaux** disposant de leviers sur l'environnement physique, sur l'environnement social et sur l'organisation des services. Il est également important de s'assurer d'intégrer la participation citoyenne dans l'élaboration du Plan.

Dans ce plan, pour Santé Québec et les établissements :

- a. Former et soutenir les différents intervenants des secteurs public, privé et communautaire de la première ligne côtoyant des personnes âgées pour assurer l'évaluation systématique du risque de chute chez les personnes âgées vivant à domicile avec des indications claires quant aux conseils, évaluations complémentaires, interventions et trajectoires selon le niveau de risque détecté.**

Conformément aux recommandations mondiales 2022 sur la prévention et la prise en charge des chutes chez les personnes âgées et à de nombreux plans et modèles documentés dans cette revue de littérature, il est essentiel d'évaluer régulièrement le risque de chute et la survenue de chutes chez toutes les personnes âgées. Même lorsque le risque de chute est faible, des recommandations générales en matière de prévention des chutes devraient toujours être données de façon proactive aux personnes âgées.

Les trajectoires, outils de repérage et d'intervention documentés pourront servir de base à une adaptation au contexte québécois. Les trajectoires de prévention et les outils devraient idéalement être développés en coconstruction avec les personnes âgées et tous les partenaires concernés œuvrant en première ligne (par exemple: travailleurs de la santé des secteurs publics et privés, paramédics, intervenants communautaires, etc.) pour qu'ils puissent être intégrés facilement à la pratique des intervenants et pour

s'assurer qu'ils soient compréhensibles et utiles pour les personnes âgées et leurs proches.

b. Doter les directions de santé publique d'un répondant dont le rôle serait d'assurer la mobilisation de tous les partenaires concernés dans le continuum de la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.

Les directions régionales de santé publique sont bien positionnées pour assurer le leadership de la mobilisation des partenaires, à condition d'avoir les ressources humaines et financières requises pour être en mesure de coordonner les efforts. Par exemple, un répondant pourrait être attaché à chaque direction de santé publique (ex. : Plan antichute de la France). De plus, des ressources humaines doivent aussi être dédiées dans chaque réseau local de services (RLS) pour la mise en œuvre des actions pour la prévention des chutes.

Par ailleurs, les structures qui seront développées/consolidées dans le cadre du déploiement de l'Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées (AIPPA) pourraient constituer des espaces de choix pour traiter de l'ensemble du continuum entourant la problématique des chutes, si cet enjeu est priorisé avec les partenaires.

Différents guides et stratégies d'implantation repérés dans cette revue de littérature pourront inspirer les façons de faire pour mobiliser les partenaires, la communauté, les personnes âgées et leurs proches. Considérant le grand nombre de ressources identifiées à cet effet, il serait facilitant pour les personnes qui assureront le leadership local et régional de les pister sur celles qui semblent plus prometteuses, à titre d'exemple, intégrer la prévention des chutes dans les modèles de gestion des maladies chroniques. De plus, on pourra aussi s'inspirer des stratégies d'implantation du déploiement de la Politique québécoise sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs.

Conclusion

Le présent document constitue le premier livrable dans le cadre des travaux du sous-comité sur la santé publique ayant pour mandat de proposer des modèles de trajectoires intersectorielles de promotion de la santé et de prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Cette revue narrative de la littérature a permis d'identifier 51 publications pertinentes entre 2019 et 2024 portant sur les trajectoires ou modèles d'organisation d'interventions pour prévenir les chutes dans la communauté et dans les services de première ligne. Ce travail n'a donc pas la prétention de couvrir la totalité des connaissances sur le sujet.

La prochaine étape consistera en la réalisation d'une deuxième revue narrative de la littérature sur les principales présentations des chutes en amont de la salle d'urgence afin de décrire les histoires de chute les plus fréquentes pour en dégager des "profils types" afin de proposer les bonnes stratégies de prévention.

Le présent document a été adopté par le comité sur le vieillissement du RUISSS de l'UdeM lors de la rencontre du 9 mai 2025 et par le comité directeur du RUISSS de l'UdeM le 26 mai 2025.

Références

1. Brousseau, M.-H., M. Gagné, J. Sylvain-Morneau, and P.-A. Perron, *Mortalité attribuable aux chutes chez les personnes de 65 ans et plus au Québec de 2000 à 2021: rapport de surveillance*. 2025, <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3623-mortalite-chutes-65-ans-plus-qc-2000-2021.pdf>, Montréal (Québec, Canada): Institut national de santé publique du Québec.
2. Commissaire à la santé et au bien-être, *Tableau 1. Répartition des personnes âgées de 65 ans et plus selon les établissements ou les installations d'hébergement et les milieux de vie ou le domicile au Québec en 2021-2022*, in *Portrait des organisations d'hébergement et des milieux de vie au Québec*. 2023, https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/RapportPreliminaireMandat/RapportsAssocies/CSBE-Portrait_organisations_hebergement.pdf, Gouvernement du Québec: Québec (Québec, Canada). p. 15.
3. Institut national de santé publique du Québec, *Chutes chez les personnes âgées*. 2022, <https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/dossiers/chutes-chez-les-aines>: Institut national de santé publique du Québec.
4. Gagné, M., et al., *Évolution des hospitalisations attribuables aux chutes dans la population âgée de 65 ans et plus au Québec, de 1991 à 2016*. 2019, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2609_evolution_hospitalisations_chutes_population_65_ans.pdf, Montréal (Québec, Canada): Institut nationale de santé publique du Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations.
5. Agence de la santé publique du Canada, *Rapport de surveillance sur les chutes chez les aînés au Canada*. 2022, <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/research/surveillance/senior-falls-%20in-Canada-fr-07.pdf>, Ottawa (Ontario, Canada): Agence de la santé publique du Canada.
6. Institut de la statistique du Québec, *Tableau A2.1 Population selon le groupe d'âge et principaux indicateurs selon le scénario, Québec, 2021-2071*, in *Perspectives démographiques du Québec et de ses régions, 2021-2071, Édition 2024*. 2024 (révision janvier 2025), <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-quebec-et-regions-2021-2071-edition-2024.pdf>, Institut de la statistique du Québec: Québec (Québec, Canada). p. 102.
7. Commissaire à la santé et au bien-être, *Tableau 1. Répartition des personnes âgées de 65 ans et plus selon les établissements ou les installations d'hébergement et les milieux de vie ou le domicile au Québec en 2021-20223*, in *Portrait des organisations d'hébergement et des milieux de vie au Québec*. 2023, https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/RapportPreliminaireMandat/RapportsAssocies/CSBE-Portrait_organisations_hebergement.pdf, Gouvernement du Québec: Québec (Québec, Canada). p. 15.
8. Thibodeau, L., S. Gagnon, S. Marino, and J.-P. Lessard-Beaupré, *La fierté de vieillir: Plan d'action gouvernemental 2024-2029*. 2024, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-02W.pdf>, Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
9. Bérubé, C., S.-E. Morissette, and C. Savard, *Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*. 2024, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-830-22W.pdf>, Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
10. Doray, G., *Actions de santé publique pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes: cadre de référence*. 2025, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-01W.pdf>, Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 40.
11. Blain, H., et al., [Synthesis in French of the 2022 global recommendations for the management and prevention of falls in the elderly]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2023. **21**(2): p. 149-160.

12. Montero-Odasso, M., et al., *World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative*. Age Ageing, 2022. 51(9).
13. David Meddings, R. and M.A. Ivers, *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course*. 2021, World Health Organization. p. 194.
14. St-Laurent, M., et al., *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*. 2019, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-01W.pdf>.
15. World Health Organization, *Decade of healthy ageing: baseline report*. 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>, Geneva (Switzerland): World Health Organization.
16. Cardinal, L., D. Langlois, D. Gagné, and A. Tourigny, *Perspectives pour un vieillissement en santé: proposition d'un modèle conceptuel*. 2008, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/860_perspectivevieillissementsante_27nov.pdf, Québec (Québec, Canada): Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec. 58.
17. St-Laurent, M., et al., *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile: Recension des écrits du Cadre de référence*. 2019, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-02W.pdf>, Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 80.
18. Filiatrault, J., A. Lorthios-Guolledroit, R. DeBroux-Leduc, and L. Richard, *Reprendre confiance et mieux participer dans sa communauté: évaluation multi-sites du programme Vivre en équilibre*. Pluriâges - Vieillissement et milieux de vie: stratégies individuelles et interventions publiques, 2019. 9(1): p. 39-49.
19. Local Health Integration Network Collaborative, *Integrated Provincial Falls Prevention: Framework and Toolkit*. 2011, <https://www.algomapublichealth.com/media/1325/2011-integrated-provincial-falls-prevention-framework-and-toolkitcompressed.pdf>, Toronto (Ontario, Canada): Local Health Integration Network Collaborative.
20. Ontario Fall Prevention, C., *An Integrated Approach to Preventing Fall-Related Injuries among Older Adults in Ontario*. 2019, Toronto (Ontario, Canada): Ontario Neurotrauma Foundation.
21. Centre for Effective Practice, *Fall prevention and management tool*. 2021, https://tools.cep.health/wp-content/uploads/2021/12/CEP_FallsTool_December13.pdf, Toronto (ontario, Canada): Centre for Effective Practice.
22. Fall Prevention Committee, *Integrated Fall Prevention Clinical Practice Model*. 2024, <https://www.york.ca/media/118586/download>, York (Ontario, Canada): Public Health of York.
23. Ministère de la transformation et de la fonction publiques, *La prévention des chutes des personnes âgées: Partie 1: Guide pratique, pistes d'actions pour les acteurs de la prévention des chutes des personnes âgées*. 2023, https://www.modernisation.gouv.fr/files/2023-12/Volume1_Plan-antichute-personnes-agees-ETUDEACTION-DITP.pdf, Paris (France): Direction interministérielle de la transformation publique.
24. Ministère de la Santé et de la Prévention and Ministère des Solidarités de l'Autonomie et des Personnes handicapées, *Plan antichute des personnes âgées 2022-2024 - Volet national*. 2023, <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-03/Synth%C3%A8se%20du%20plan%20national%20antichute%20au%2028%20%C3%A9vrier%202023.pdf>, Paris (France): Gouvernement de la France. 36.
25. Ministère chargé de l'autonomie, *Plan antichute des personnes âgées: dossier de presse - 21 février 2022*. 2022, <https://solidarites.gouv.fr/plan-antichute-des-personnes-agees>, Paris (France): Ministère des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie. 36
26. Dumbrell, K., *Falls Prevention and Management: A Best Practice Guide for Allied Health Professionals*. 2022, <https://www.seslhd.health.nsw.gov.au/sites/default/files/documents/SESLHDGL%20099%20-%20Falls%20Prevention%20and%20Management%20A%20Best%20Practice%20Guide%20for%20Allied%20Health%20Professionals.pdf>, Sydney (Australia): New South Wale Government, South Eastern Sydney Local Health District. 40.
27. National Health Service, E., *Going further for winter: Community-based falls response*. 2022, <https://www.england.nhs.uk/long-read/going-further-for-winter-community-based-falls-response/>.
28. Healthcare Inspectorate, W., *Review of Integrated Care: Focus on Falls*. 2019, https://www.hiw.org.uk/sites/default/files/2019-09/HIW%20Review%20of%20Integrated%20Care%20-%20Focus%20on%20Falls_Eng.pdf.

29. Palm, K., et al., *Section 4: What are the Key Activities in a LHD's Clinical Fall Prevention Program ?*, in *Developing the Capacity to Support Clinical Older Adult Fall Prevention: A Guide For Local Health Departments*. 2023, https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Guide_Full_v5.pdf, National Association of County and City Health Officials (NACCHO). p. 31-40.
30. Quality, H. and Z. and Safety Commission New, *Addressing risk factors in an individualised care plan*. 2020. p. 13.
31. Ganz, D.A. and N.K. Latham, *Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults*. N Engl J Med, 2020. **382**(8): p. 734-743.
32. Phillips-Wood, H. and F. Alpass, *Preventing Falls and Falls-related injury in older adults: a review of New Zealand and international literature*. 2021, https://www.massey.ac.nz/documents/1088/ACC_falls_review.pdf, Palmerston North, New Zealand: Health and Ageing Research Team, Massey University.
33. Haute autorité de santé, *Fiche de synthèse : Personnes âgées à risque de chute: Prescription d'activité physique*. 2024, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/synthese_aps_personnes_agees_a_risque_de_chute.pdf, Paris (France): Haute autorité de santé.
34. Burns, E., R. Kakara, and B. Moreland, *A CDC compendium of effective fall interventions: What Works for Community-Dwelling Older Adults 4th Edition*. 2023, https://www.cdc.gov/falls/pdf/Steady_Compndium_2023_508.pdf, Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention, Division of Injury Prevention.
35. Guirguis-Blake, J.M., L.A. Perdue, E.L. Coppola, and S.I. Bean, *Interventions to Prevent Falls in Older Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force*. JAMA, 2024. **332**(1): p. 58-69.
36. Force, U.S.P.S.T., et al., *Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. JAMA, 2024. **332**(1): p. 51-57.
37. World Health Organization, *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. 2017, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1>, Geneva (Switzerland): World Health Organization.
38. in *2019 surveillance of falls in older people: assessing risk and prevention (NICE guideline CG161)*. 2019: London.
39. Lafleur, B., M. Montero-Odasso, and S. Huang, *Falls in older adults*. CMAJ, 2025. **197**(10): p. E271.
40. Rockwood, K., et al., *A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people*. CMAJ, 2005. **173**: p. 489-495.
41. Eckstrom, E., E.M. Parker, I. Shakya, and R. Lee, *CDC STEADI older adult fall prevention: a coordinated Care Plan: Edition 1.1*. 2021, <https://www.cdc.gov/steady/pdf/Steady-Coordinated-Care-Plan.pdf>, Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease Control and Prevention.
42. Casey, C.M., et al., *Lessons Learned From Implementing CDC's STEADI Falls Prevention Algorithm in Primary Care*. Gerontologist, 2017. **57**(4): p. 787-796.
43. Eckstrom, E., et al., *Implementing STEADI in Academic Primary Care to Address Older Adult Fall Risk*. Innov Aging, 2017. **1**(2): p. igx028.
44. Johnston, Y.A., et al., *Implementation of the Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries Initiative in Primary Care: An Outcome Evaluation*. Gerontologist, 2019. **59**(6): p. 1182-1191.
45. Blalock, S.J., et al., *Impact of STEADI-Rx: A Community Pharmacy-Based Fall Prevention Intervention*. J Am Geriatr Soc, 2020. **68**(8): p. 1778-1786.
46. Camp, K., S. Murphy, and B. Pate, *Integrating Fall Prevention Strategies into EMS Services to Reduce Falls and Associated Healthcare Costs for Older Adults*. Clinical Interventions in Aging, 2024. **19**: p. 561-569.
47. Greenberg, M.R., et al., *Emergency Department Stopping Elderly Accidents, Deaths and Injuries (ED STEADI) Program*. J Emerg Med, 2020. **59**(1): p. 1-11.
48. Coe, L.J., et al., *An Integrated Approach to Falls Prevention: A Model for Linking Clinical and Community Interventions through the Massachusetts Prevention and Wellness Trust Fund*. Frontiers in Public Health, 2017. **5**.

49. Hourigan, C.S. and T. Walker-Smith, *Preventing Falls in Community-Dwelling Hispanic Elderly Using an Evidenced-Based Fall Prevention Toolkit*. International Journal of Nursing and Health Care Research, 2024, https://www.gavinpublishers.com/assets/articles_pdf/Preventing-Falls-in-Community-Dwelling-Hispanic--Elderly-Using-an-Evidenced-Based-Fall-Prevention-Toolkit.pdf. 7.
50. Clemson, L., et al., *Integrated solutions for sustainable fall prevention in primary care, the iSOLVE project: a type 2 hybrid effectiveness-implementation design*. Implement Sci, 2017. **12**(1): p. 12.
51. Liddle, J., et al., *Making fall prevention routine in primary care practice: perspectives of allied health professionals*. BMC Health Serv Res, 2018. **18**(1): p. 598.
52. Mackenzie, L., et al., *Perspectives of Australian GPs on tailoring fall risk management: a qualitative study*. Aust J Prim Health, 2021. **27**(5): p. 409-415.
53. iSOLVE research project, *Preventing Falls in Older Patients in the Community – Provider Resource*. 2018, <https://fallspreventiononlineworkshops.com.au/resources/#allied>, Sydney (Australia): University of Sydney, Sydney North Primary Health Network and the NSW Health Clinical Excellence Commission. 50.
54. Clemson, L., et al., *Integrated solutions for sustainable fall prevention in primary care: a pragmatic hybrid-type 2 mixed methods implementation and effectiveness study*. Front Public Health, 2024. **12**: p. 1446525.
55. Bailey, E., *Chronic Conditions and Fall Risk: Cross-Promoting Programs Across the Continuum of Care*. 2023, <https://www.ncoa.org/article/chronic-conditions-and-fall-risk-cross-promoting-programs-across-continuum-of-care/>: National Falls Prevention Resource Center.
56. Burigusa, G. and B. Fillion, *Répertoire des initiatives de prévention des chutes chez les 65 ans et plus vivant à domicile, en contexte de pandémie*. 2021, <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3108-initiatives-prevention-chutes-aines-domicile-covid-19.pdf>, Montréal (Québec, Canada): Institut national de santé publique. 24.
57. Vandervelde, S., et al., *Strategies to implement multifactorial falls prevention interventions in community-dwelling older persons: a systematic review*. Implement Sci, 2023. **18**(1): p. 4.
58. Beauchamp, M.K., et al., *Mobility screening for fall prediction in the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA): implications for fall prevention in the decade of healthy ageing*. Age Ageing, 2022. **51**(5).
59. Lai, W.X., et al., *Group Model Building on causes and interventions for falls in Singapore: insights from a systems thinking approach*. BMC Geriatr, 2023. **23**(1): p. 586.
60. Vincenzo, J.L., G. Bergen, C.M. Casey, and E. Eckstrom, *Reframing Fall Prevention and Risk Management as a Chronic Condition Through the Lens of the Expanded Chronic Care Model: Will Integrating Clinical Care and Public Health Improve Outcomes?* Gerontologist, 2024. **64**(6): p. 1-10.
61. Clemson, L., et al., *Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community*. Cochrane Database Syst Rev, 2023. **3**(3): p. CD013258.
62. Dautzenberg, L., et al., *Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A systematic review and network meta-analysis*. J Am Geriatr Soc, 2021. **69**(10): p. 2973-2984.
63. Hopewell, S., et al., *Multifactorial interventions for preventing falls in older people living in the community: a systematic review and meta-analysis of 41 trials and almost 20 000 participants*. British Journal of Sports Medicine, 2020. **54**(22): p. 1340-1350.
64. Lektip, C., et al., *Home hazard modification programs for reducing falls in older adults: a systematic review and meta-analysis*. PeerJ, 2023. **11**: p. e15699.
65. Wong, R.M.Y., et al., *The effectiveness of exercises on fall and fracture prevention amongst community elderlies: A systematic review and meta-analysis*. JOURNAL OF ORTHOPAEDIC TRANSLATION, 2020. **24**: p. 58-65.
66. Tanwar, R., N. Nandal, M. Zamani, and A.A. Manaf, *Pathway of Trends and Technologies in Fall Detection: A Systematic Review*. Healthcare (Basel), 2022. **10**(1).
67. Quatman-Yates, C.C., et al., *Assessment of Fall-Related Emergency Medical Service Calls and Transports after a Community-Level Fall-Prevention Initiative*. Prehospital emergency care, 2022. **26**(3): p. 410-421.
68. Lamb, S.E., et al., *Screening and Intervention to Prevent Falls and Fractures in Older People*. N Engl J Med, 2020. **383**(19): p. 1848-1859.

69. Phelan, E.A., et al., *Reducing Central Nervous System-Active Medications to Prevent Falls and Injuries Among Older Adults: A Cluster Randomized Clinical Trial*. JAMA network open, 2024. **7**(7): p. e2424234.
70. Morris, C.L., *Evaluation of a fall prevention program for older adults in a rural community*, in *Nursing*. 2020, <https://digitalcommons.pittstate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1053&context=dnps>, Pittsburg State University: Pittsburg, Kansas. p. 72.
71. Pighills, A., A. Tynan, L. Furness, and M. Rawle, *Occupational therapist led environmental assessment and modification to prevent falls: Review of current practice in an Australian rural health service*. AUSTRALIAN OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL, 2019. **66**(3): p. 347-361.
72. Meng, J.T., L. Yang, and H. Lei, *Promoting Elderly Care Sustainability by Smart Village Facilities Integration-Construction of a Public Service Field with Introduction of Fall Posture Monitoring*. BUILDINGS, 2023. **13**(9).
73. Gresset, J. and M. Baumgarten, *Questionnaire de repérage des incapacités visuelles: Soutien à l'autonomie des personnes âgées*. 2015, https://extranet.inlb.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Questionnaire-de-reperage-des-incapacites-visuelles_Brochure_Complet_final_LR.pdf: Université de Montréal et CISSS de la Montérégie-Centre 56.

Annexes

Annexe 1. Stratégie de recherche dans les bases de données de revues scientifiques

La stratégie de recherche a été préparée et exécutée en septembre 2024 dans les bases de données de publications scientifique par M. Christian Lachance, Bibliothèque de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to September 23, 2024>		
1	*Critical Pathways/ or *Delivery of Health Care, Integrated/ or (clinical path* or critical pathway* or integrated pathway* or liaison service or strategic management or (service adj2 framework) or integrated healthcare or integrated health care or integrated care or IHDN or IHDS).ti,kf,kw,ab.	51917
2	exp accidental falls/ or (fall? or falling or equilibrium or balance).ti,kf,kw,ab.	666687
3	exp Aged/ or exp Aging/ or Geriatrics/ or Geriatric Nursing/ or (elder* or senior* or geriatric* or ag?ing or gerontology* or centenarian* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or senium or very old or late adulthood or old* people or old* adult* or old* m#n or old* wom#n or old* population* or old* individual* or old* age or resident or residents or veteran? or boomer? or retiree?).ti,kf,kw,ab.	4563976
4	exp Activities of Daily Living/ or exp Independent Living/ or (Independent Living or (Ag?ing adj2 Place) or Communit* or home?).ti,kf,kw,ab.	1200370
5	1 and 2 and 3 and 4	112
6	limit 5 to yr="2019 -Current"	50

Embase <1980 to 2024 Week 38>		
1	*clinical pathway/ or *integrated health care system/ or (clinical path* or critical pathway* or integrated pathway* or liaison service or strategic management or (service adj2 framework) or integrated healthcare or integrated health care or integrated care or IHDN or IHDS).ti,kf,kw,ab.	67879
2	exp falling/ or (fall? or falling or equilibrium or balance).ti,kf,kw,ab.	789672
3	exp aged/ or exp aging/ or geriatrics/ or geriatric nursing/ or (elder* or senior* or geriatric* or ag?ing or gerontology* or centenarian* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or senium or very old or late adulthood or old* people or old* adult* or old* m#n or old* wom#n or old* population* or old* individual* or old* age or resident or residents or veteran? or boomer? or retiree?).ti,kf,kw,ab.	5054829
4	exp daily life activity/ or exp independent living/ or exp community dwelling person/ or (Independent Living or (Ag?ing adj2 Place) or Communit* or home?).ti,kf,kw,ab.	1483645
5	1 and 2 and 3 and 4	229
6	limit 5 to yr="2019 -Current"	120

APA PsycInfo <1806 to September 2024 Week 3>		
1	*Critical Pathways/ or *Integrated Services/ or (clinical path* or critical pathway* or integrated pathway* or liaison service or strategic management or (service adj2 framework) or integrated healthcare or integrated health care or integrated care or IHDN or IHDS).ti,id,ab	7133
2	exp falls/ or (fall? or falling or equilibrium or balance).ti,id.	20843
3	exp Older Adulthood/ or exp Aging/ or Geriatrics/ or (elder* or senior* or geriatric* or ag?ing or gerontology* or centenarian* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or senium or very old or late adulthood or old* people or old* adult* or old* m#n or old* wom#n or old* population* or old* individual* or old* age or resident or residents or veteran? or boomer? or retiree?).ti,id,ab.	371675
4	exp "Activities of Daily Living"/ or exp Self-Care Skills/ or (Independent Living or (Ag?ing adj2 Place) or Communit* or home?).ti,id,ab.	513165
5	1 and 2 and 3 and 4	1
6	limit 5 to yr="2019 -Current"	1

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to September 25, 2024>		
EBM Reviews - ACP Journal Club <1991 to September 2024>		
EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects <1st Quarter 2016>		
EBM Reviews - Cochrane Clinical Answers <August 2024>		
EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <August 2024>		
EBM Reviews - Cochrane Methodology Register <3rd Quarter 2012>		
EBM Reviews - Health Technology Assessment <4th Quarter 2016>		
EBM Reviews - NHS Economic Evaluation Database <1st Quarter 2016>		
1	*Critical Pathways/ or *Delivery of Health Care, Integrated/ or (clinical path* or critical pathway* or integrated pathway* or liaison service or strategic management or (service adj2 framework) or integrated healthcare or integrated health care or integrated care or IHDN or IHDS).ti,kf,kw,ab.	2793
2	exp accidental falls/ or (fall? or falling or equilibrium or balance).ti,kf,kw,ab.	58052
3	exp Aged/ or exp Aging/ or Geriatrics/ or Geriatric Nursing/ or (elder* or senior* or geriatric* or ag?ing or gerontology* or centenarian* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or senium or very old or late adulthood or old* people or old* adult* or old* m#n or old* wom#n or old* population* or old* individual* or old* age or resident or residents or veteran? or boomer? or retiree?).ti,kf,kw,ab.	373756
4	exp Activities of Daily Living/ or exp Independent Living/ or (Independent Living or (Ag?ing adj2 Place) or Communit* or home?).ti,kf,kw,ab.	125775
5	1 and 2 and 3 and 4	33
6	limit 5 to yr="2019 -Current"	15

CINAHL				2024-09-24
#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 [restreint à 2019+]	Limiters - Publication Date: 20190101-20241231	Interface - EBSCOhost Research Databases	67
		Expanders - Apply equivalent subjects	Search Screen - Advanced Search	
		Search modes - Proximity	Database - CINAHL Complete	
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Expanders - Apply equivalent subjects	Interface - EBSCOhost Research Databases	131
		Search modes - Proximity	Search Screen - Advanced Search	
			Database - CINAHL Complete	
S4	(MH "Activities of Daily Living") OR (MH "Community Living") OR TI(Independent Living or (Ag#ing N1 Place) or Communit* or home#) OR AB(Independent Living or (Ag#ing N1 Place) or Communit* or home#)	Expanders - Apply equivalent subjects	Interface - EBSCOhost Research Databases	496,085
		Search modes - Proximity	Search Screen - Advanced Search	
			Database - CINAHL Complete	
S3	(MH "Aged+") OR (MH "Aging+") OR (MH "Geriatrics") OR (MH "Gerontologic Nursing") OR TI(elder* or senior* or geriatric* or ag#ing or gerontology* or centenarian* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or senium or very old or late adulthood or old* people or old* adult* or old* m?n or old* wom?n or old* population* or old* individual* or old* age or resident or residents or veteran# or boomer# or retiree#) OR AB(elder* or senior* or geriatric* or ag#ing or gerontology* or centenarian* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or senium or very old or late adulthood or old* people or old* adult* or old* m?n or old*	Expanders - Apply equivalent subjects	Interface - EBSCOhost Research Databases	1,184,891

	wom?n or old* population* or old* individual* or old* age or resident or residents or veteran# or boomer# or retiree#)			
		Search modes - Proximity	Search Screen - Advanced Search	
			Database - CINAHL Complete	
S2	(MH "Accidental Falls+") OR TI(fall# or falling or equilibrium or balance) OR AB(fall# or falling or equilibrium or balance)	Expanders - Apply equivalent subjects	Interface - EBSCOhost Research Databases	126,197
		Search modes - Proximity	Search Screen - Advanced Search	
			Database - CINAHL Complete	
S1	(MM "Critical Path") OR (MM "Health Care Delivery, Integrated") OR TI(clinical path* or critical pathway* or integrated pathway* or liaison service or strategic management or (service N1 framework) or integrated healthcare or integrated health care or integrated care or IHDN or IHDS) OR AB(clinical path* or critical pathway* or integrated pathway* or liaison service or strategic management or (service N1 framework) or integrated healthcare or integrated health care or integrated care or IHDN or IHDS)	Expanders - Apply equivalent subjects	Interface - EBSCOhost Research Databases	27,786

Annexe 2. Stratégie de recherche de la littérature grise

Cette stratégie a été préparée et exécutée sur Google en septembre 2024 par M. Christian Lachance, Bibliothèque de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

#	Stratégies	Date de la recherche	# résultats approx.	# résultats examinés	# résultats potentiellement pertinents
1	(trajectoire OR modèle) (chutes OR mobilité) (communauté OR domicile) ("personne âgée" OR aînés)	2024-09-26	55 600	100	14
#	Stratégies	Date de la recherche	# résultats approx.	# résultats examinés	# résultats potentiellement pertinents
2	(trajectoire OR modèle) (chutes OR mobilité) (communauté OR domicile) ("personne âgée" OR aînés) filetype:pdf	2024-09-26	17 900	100	6
#	Stratégies	Date de la recherche	# résultats approx.	# résultats examinés	# résultats potentiellement pertinents
3	(continuum OR model) (falls OR mobility) (community OR "home care") (seniors OR elderly)	2024-09-26	22 500 000	100	17
#	Stratégies	Date de la recherche	# résultats approx.	# résultats examinés	# résultats potentiellement pertinents
4	(continuum OR model) (falls OR mobility) (community OR "home care") (seniors OR elderly) filetype:pdf	2024-09-26	249 000	100	11
#	Stratégies	Date de la recherche	# résultats approx.	# résultats examinés	# résultats potentiellement pertinents
5	(continuum OR model) (falls OR mobility) (community OR "home care") (seniors OR elderly) région Japon	2024-09-26	21 600	100	9
#	Stratégies	Date de la recherche	# résultats approx.	# résultats examinés	# résultats potentiellement pertinents
6	(continuum OR model) (falls OR mobility) (community OR "home care") (seniors OR elderly) région Norvège	2024-09-26	74	74	5
#	Stratégies	Date de la recherche	# résultats approx.	# résultats examinés	# résultats potentiellement pertinents
7	(continuum OR model) (falls OR mobility) (community OR "home care") (seniors OR elderly) région Suède	2024-09-26	81	81	2

Annexe 3. Stratégie de recherche dans la base de données Web of science

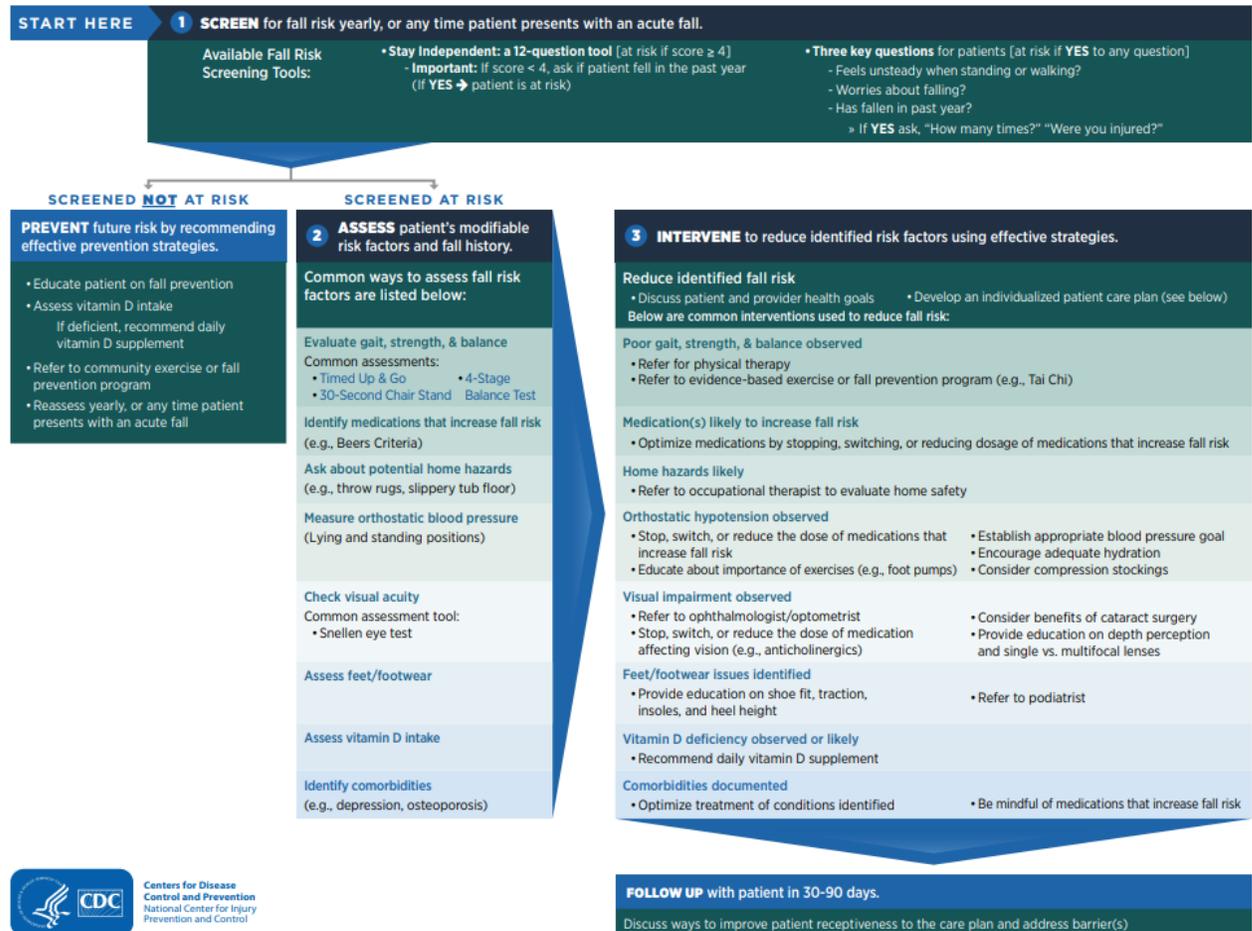
Cette stratégie a été adaptée et exécutée par Madame Amy Bergeron, M.S.I., Bibliothèque de la santé, Université de Montréal.

Web of Science (Clarivate), Segments : WOS.SCI: 1945 to 2024, WOS.AHCI: 1975 to 2024, WOS.ESCI: 2019 to 2024, WOS.ISTP: 1990 to 2024, WOS.SSCI: 1956 to 2024, WOS.ISSHP: 1990 to 2024

#	Search Query	Results
1	TS=((clinical NEAR/0 path*) or (critical NEAR/0 pathway*) or (integrated NEAR/0 pathway*) or (liaison NEAR/0 service) or (strategic NEAR/0 management) or (service NEAR/2 framework) or (integrated NEAR/0 healthcare) or (integrated NEAR/0 health NEAR/0 care) or (integrated NEAR/0 care) or IHDN or IHDS)	73723
2	TS=(fall\$ or falling or equilibrium or balance)	2351438
3	TS=(elder* or senior* or geriatric* or ag\$ing or gerontology* or centenarian* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or senium or very old or late adulthood or old* people or old* adult* or old* m?n or old* wom?n or old* population* or old* individual* or old* age or resident or residents or veteran\$ or boomer\$ or retiree\$)	6375171
4	TS=((Independent NEAR/0 Living) or (Ag\$ing NEAR/2 Place) or Communit* or home\$)	2264757
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	156
6	#1 AND #2 AND #3 AND #4 Timespan: 2019-01-01 to 2024-12-31	102

Annexe 4. Algorithme du programme STEADI selon l'évaluation du risque de chute à deux niveaux (faible ou à risque combinant un risque modéré et élevé)

STEADI Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention among Community-Dwelling Adults 65 years and older



Reproduit de (domaine public): U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - STEADI website: <https://www.cdc.gov/steady/media/pdfs/STEADI-Algorithm-508.pdf>.

Test de dépistage en 12 items : <https://www.cdc.gov/steady/pdf/STEADI-Brochure-StayIndependent-508.pdf>

Annexe 5. Algorithme du programme STEADI selon l'évaluation du risque de chute à trois niveaux (faible, modéré et élevé)

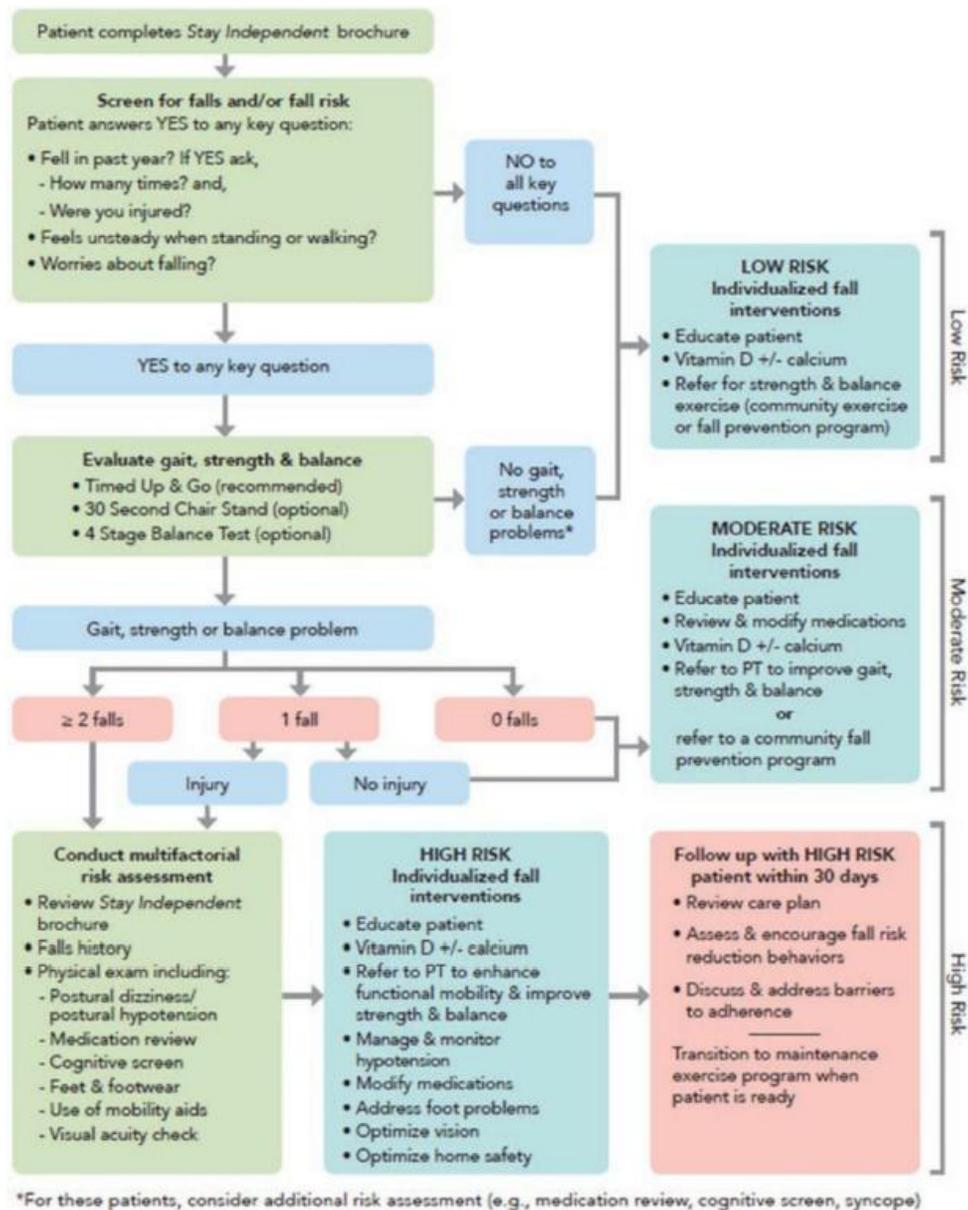


Figure 1.
CDC STEADI falls screening and management algorithm. CDC = Centers for Disease Control and Prevention; STEADI = Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries.

Figure reproduite de: Casey CM, Parker EM, Winkler G, Liu X, Lambert GH, Eckstrom E: Lessons Learned From Implementing CDC's STEADI Falls Prevention Algorithm in Primary Care. *Gerontologist* 2017, 57(4):787-796. Copyright © 2025 Reproduit avec la permission de E. Eckstrom.

Annexe 6. Répartition du processus de dépistage et interventions dans le cadre du programme STEADI implanté dans une clinique médicale

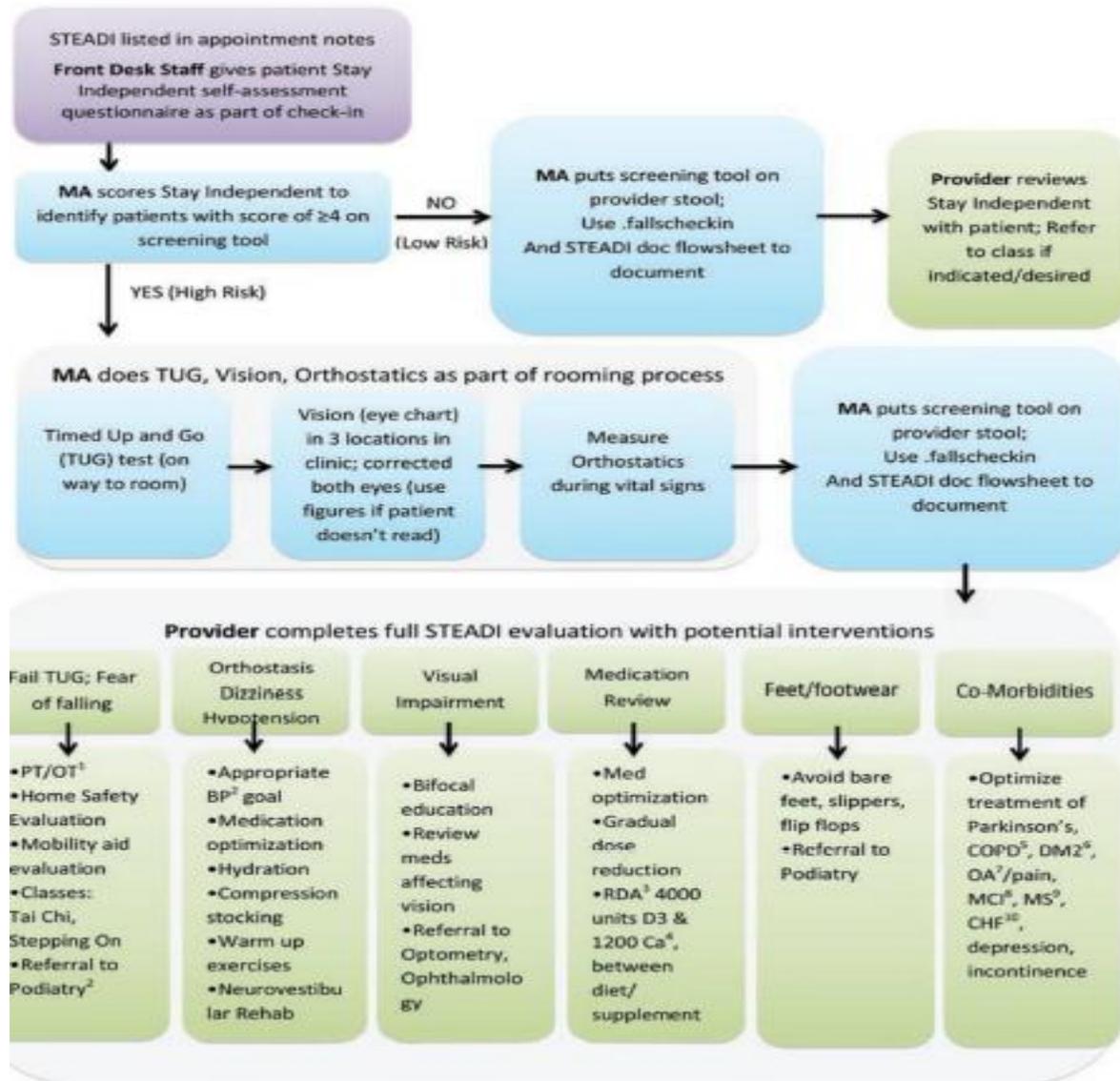


Figure 2. STEADI workflow for front desk staff, medical assistants (MA), providers. STEADI = Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries. ¹Physical therapy/occupational therapy; ²Blood pressure; ³Recommended daily allowance; ⁴Calcium; ⁵Chronic obstructive pulmonary disease; ⁶Diabetes mellitus type 2; ⁷Osteoarthritis; ⁸Mild cognitive impairment; ⁹Multiple sclerosis; ¹⁰Congestive heart failure.

Figure reproduite de: Casey CM, Parker EM, Winkler G, Liu X, Lambert GH, Eckstrom E: Lessons Learned From Implementing CDC's STEADI Falls Prevention Algorithm in Primary Care. *Gerontologist* 2017, 57(4):787-796. Copyright © 2025 Reproduit avec la permission de E. Eckstrom.

Annexe 7. Vision stratégique et acteurs concernés dans le cadre du programme STEADI

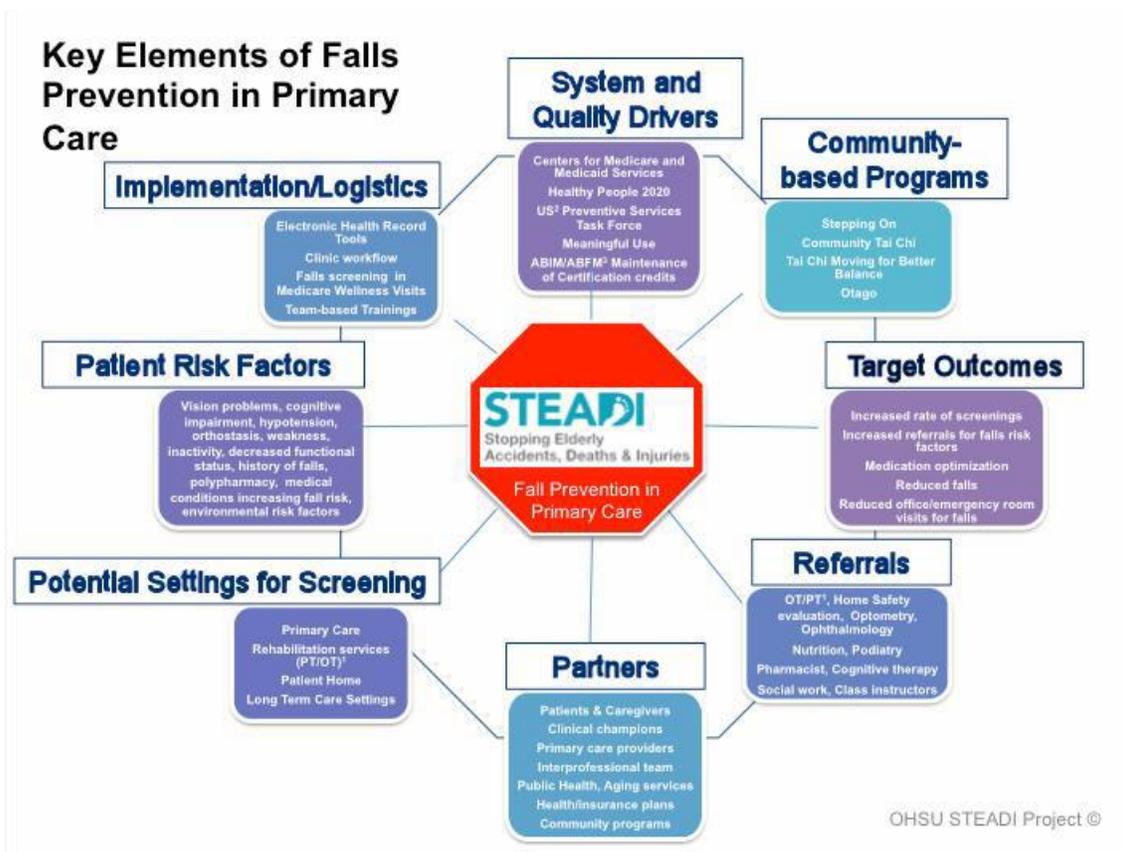


Schéma reproduit du matériel supplémentaire de l'article : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5940581/#SM>
Casey CM, Parker EM, Winkler G, Liu X, Lambert GH, Eckstrom E: Lessons Learned From Implementing CDC's STEADI Falls Prevention Algorithm in Primary Care. Gerontologist 2017, 57(4):787-796. Copyright © 2025 Reproduit avec la permission de E. Eckstrom.

Annexe 8. Description de l'implantation du programme STEADI dans une clinique médicale

Milieu	Intervention	Méthode d'évaluation	Principaux résultats	Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation
<p>Clinique universitaire de médecine et de gériatrie (Internal Medicine and Geriatrics Clinic at Oregon Health & Science University)</p> <p>Eckstrom, 2017 [43]</p> <p>Casey, 2017) [42]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de l'algorithme STEADI au travers du processus clinique habituel et adaptation des outils informatisés (alertes au dossier, etc.) durant une période de 6 mois - Formation d'un groupe de champions (STEADI leaders) - Formation de toute l'équipe (1 heure) avec remise de crédit de formation continue : algorithme STEADI et administration des tests. - Le flux de travail STEADI a été réparti, entre le personnel d'accueil, les assistants médicaux (résidents en médecine) et les médecins/infirmières. - Clientèle ciblée : 65 ans et plus, sauf si TNCM ou chutes fréquentes ou en soins palliatifs ou non ambulants; lors d'une visite à la clinique et qui n'avaient pas fait l'objet d'un dépistage des chutes dans les 12 mois précédents. - Si risque de chute faible = l'assistant médical donne au patient un document sur la sécurité à domicile et d'autres stratégies de prévention des chutes. - Si risque de chute élevé = l'assistant médical fait les évaluations (Timed Up and Go, test de vision, test de marche, vérifie si hypotension, médicaments, état des pieds et des chaussures et vitamine D sérique si disponible) et réfère à d'autres professionnels selon les résultats. - Si l'assistant était trop occupé pour faire les évaluations chez une personne à risque élevé, un autre rendez-vous est donné pour le faire ultérieurement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue rétrospective des dossiers des patients âgés de 65 ans et plus ayant bénéficié du programme STEADI afin de mesurer les taux de dépistage des chutes, la conformité de l'intervenant au programme STEADI pour les patients à haut risque. - Comparaison des résultats de deux questionnaires de dépistage : 12 points (Stay Independent) versus trois questions clés. 	<ul style="list-style-type: none"> - 75 % des professionnels ont participé - 1495 personnes âgées ont été vues en 6 mois; 288 patients ont été exclus (19 %) selon les critères d'exclusion - Parmi les 1207 personnes incluses dans l'étude, 64 % ont eu un dépistage avec le questionnaire à 12-item (n= 773); 36 % n'ont pas eu de dépistage par manque de temps de l'intervenant. - 22 % risque élevé (n=170), dont 109 personnes ont reçu des interventions - Taux global de concordance entre les 2 tests de dépistage = 84% - Les tests de dépistage ont une bonne concordance pour les personnes à risque élevé : <ul style="list-style-type: none"> o Risque élevé avec le questionnaire à 12 items : 170 / 773 o Risque élevé avec les 3 questions : 272 / 773 o Concordance pour les risques élevé avec les deux tests = 161 / 170 o Concordance pour les risques faible avec les deux tests = 492 / 603 - Bien que 94% des personnes ayant un risque élevé avait un médicament qui augmente le risque de chute, seulement 22 % ont eu un changement de médication (obstacle clinique). - La majorité des patients dont l'évaluation a été reportée n'ont pas été revu en dedans des 6 mois de l'étude (obstacle organisationnel). 	<p>L'article de Casey 2017 [42] décrit en détail les 4 principales étapes de l'implantation:</p> <p>(a) développer un flux de travail qui s'aligne sur (et ne perturbe pas) le processus clinique habituel</p> <p>(b) intégrer l'algorithme STEADI dans le dossier médical électronique;</p> <p>(c) tester le flux de travail et les outils informatisés par les champions cliniques STEADI pendant plusieurs mois avant la mise en œuvre à l'échelle de la clinique;</p> <p>(d) utiliser des formations en personne d'une heure pour former les intervenants les chutes, les évaluations du risque de chute et la façon d'utiliser le flux de travail et les outils.</p> <p>De plus, Casey et al. présentent les éléments essentiels pour favoriser le changement de pratique : la création d'un sentiment d'urgence, la constitution d'un comité incluant des gestionnaires, cliniciens et analystes des données, l'élaboration d'une vision stratégique avec les partenaires concernés, l'engagement de bénévoles, la facilitation de la réussite par l'élimination des obstacles, la génération de gains à court terme, la pérennisation du changement.</p>

Annexe 9. Impact du programme STEADI implanté dans 14 cliniques médicales d'une même région sur le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui nécessitent des traitements hospitaliers reliés à une chute

Milieu	Intervention	Méthode d'évaluation	Principaux résultats
<p>Implantation du programme STEADI dans 14 cliniques médicales, État de New York</p> <p>Johnston 2019 [44]</p>	<p>- Le dossier médical informatisé des cliniques médicales a été modifié pour inciter les infirmières à dépister chaque année les patients âgés de 65 ans et plus en leur demandant si le patient a fait : (1) deux chutes ou plus au cours des 12 derniers mois, (2) une chute au cours des 12 derniers mois avec une blessure, (3) une chute au cours des 12 derniers mois et des problèmes de démarche et d'équilibre, (4) tout problème de démarche ou d'équilibre, et/ou (5) s'est présenté avec une chute aiguë.</p> <p>- Trois catégories de risque : a) à risque de chute : une réponse positive à au moins une des 5 questions =; b) pas de risque de chute = réponse négative aux 5 questions ; c) risque de chute incertain = réponses négatives à certaines questions pas à toutes.</p> <p>- Pour les personnes à risque, l'infirmière devait : (a) procéder à un examen des médicaments, (b) fournir du matériel éducatif, (c) administrer le test TUG (Timed Up and Go) pour identifier les problèmes de marche et d'équilibre, (d) enregistrer les résultats du test TUG dans le dossier médical, et (e) préparer le formulaire d'évaluation et le plan de soins (Fall plan of care) à compléter par le médecin.</p> <p>En pratique, les infirmières et les médecins n'ont pas suivi toutes les étapes pour tous les patients.</p> <p>Pour de nombreux patients, le test TUG n'a pas été administré, en partie en raison de difficultés à intégrer le TUG dans le flux de travail de la clinique et/ou de la capacité de la personne.</p>	<p>L'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact de la mise en œuvre de STEADI sur le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus nécessitant un traitement médical lié à une chute en milieu hospitalier avec ou sans hospitalisation.</p> <p>Les visites aux urgences et les hospitalisations liées aux chutes pour l'échantillon dans l'un des deux hôpitaux UHS du comté de Broome ont été obtenues à partir du dossier médical des patients hospitalisés pour les visites entre le 1er janvier 2009 et le 30 octobre 2015, avant et après la mise en œuvre du système STEADI. Chute avec traumatisme codée E880-E888 (à l'exclusion de E887).</p> <p>Pour les personnes identifiées comme présentant un risque de chute, les dossiers médicaux ont été examinés pour vérifier s'il existait une documentation relative à une intervention prescrite en matière de risque de chute, et ces données ont été extraites manuellement. Les personnes n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage ont été exclus de l'étude.</p> <p>Les résultats ont été analysés en comparant trois groupes de personnes âgées: a) jugées à risque de chute et ayant reçu un plan de soins - c'est-à-dire des interventions de prévention des chutes*; b) jugées à risque de chute et n'ayant pas reçu de plan de soins (aucune note au dossier médical) et c) pas de risque de chute.</p> <p>* orientation vers un programme de kinésithérapie/prévention des chutes, prescription d'un appareil d'assistance, remise d'une brochure sur les risques de chute ou d'une liste de contrôle de la sécurité à domicile, ou risque de chute abordé dans une note narrative par une infirmière ou un médecin.</p>	<p>- Le taux de dépistage de 90 % constaté dans cette étude est élevé, mais 40 % des personnes identifiées comme étant à risque n'ont pas de plan de soins selon leur dossier médical.</p> <ul style="list-style-type: none"> o 12 346 adultes âgés de 65 ans ou plus ont eu une visite dans l'une des 14 cliniques ambulatoires entre le 11 septembre 2012 et le 30 octobre 2015 o 89,7 % (n=11 080) ont eu un dépistage du risque de chute o Après l'exclusion de 601 personnes avec des données incomplètes de dépistage, l'échantillon final était de 10 479 personnes (hommes = 42,0%), dont 18,3% (n=2032) ont été identifié à risque de chute. o Parmi les personnes à risque (n=2032), 60,9 % ont reçu un plan de soins (n=1237). Ce pourcentage variait de 32 à 85 % entre les 14 cliniques. <p>- Les personnes âgées à risque de chute avec un plan de soins étaient 0,6 fois moins susceptibles d'être hospitalisées à la suite d'une chute que celles qui n'avaient pas de plan de soins (p = 0,041), et leurs chances après l'intervention étaient similaires à celles des personnes qui n'étaient pas à risque.</p> <p>- Le groupe non dépisté/partiellement dépisté comptait une plus grande proportion d'hommes que le groupe dépisté.</p> <p>Parmi les limites de l'étude : 1) le nombre de personnes ayant reçu un plan de soins peut être sous-estimé car cette variable devait être documentée au dossier médical; 2) il n'a pas été possible de déterminer si les personnes qui ont reçu un plan de soins ont suivi les recommandations; 3) les éléments du plan de soins allaient de la remise d'une brochure au patient à une recommandation de kinésithérapie, et leur impact potentiel sur les chutes était très variable.</p>

Annexe 10. Description de l'implantation du programme STEADI dans une pharmacie communautaire

Milieu	Intervention	Méthode d'évaluation	Principaux résultats	Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation
<p>Implantation du programme STEADI-Rx dans 65 pharmacies communautaires de la Caroline du Nord, États-Unis</p> <p>Ballock, 2020 [45]</p>	<p>Personnes âgées ≥ 65 ans consommant 4 médicaments ou plus ou consommant un ou plusieurs médicaments associés à un risque accru de chute.</p> <p>Le personnel de la pharmacie a évalué le risque de chute des patients à l'aide des 3 questions issues de l'algorithme STEADI.</p> <p>Les patients qui ont répondu positivement à une des 3 questions ont reçu une évaluation des médicaments par le pharmacien et des recommandations ont été transmises via un formulaire standardisé aux professionnels de la santé des patients.</p> <p>Les pharmacies n'étaient pas payées pour le dépistage, mais recevaient 80\$ pour la révision des médicaments par le pharmacien.</p>	<p>Essai randomisé contrôlé dans 65 pharmacies communautaires: groupe intervention n = 31 ; groupe témoin n= 34.</p> <p>Le Drug Burden Index a été utilisé pour évaluer le risque médicamenteux associé aux chutes 12 mois avant et post intervention dans le groupe intervention.</p> <p>Des questionnaires ont été utilisés pour documenter les interventions à la pharmacie et auprès des professionnels de la santé qui recevaient les recommandations.</p> <p>Les dossiers de demandes d'indemnisation pour les visites aux urgences et les hospitalisations ont été utilisés pour évaluer les chutes. Pour la période pré-intervention et post-intervention, les participants ont été classés comme ayant subi une chute s'ils avaient des réclamations avec un code de diagnostic de la CIM-10 indiquant (1) des chutes ou des chutes répétées (W00-W19 et R296, respectivement) ou (2) une blessure susceptible d'être liée à une chute (c.-à-d., traumatisme crânien, fracture du membre inférieur et autre blessure, fracture du membre supérieur et autre blessure, fracture du cou/tronc et autre blessure, et contusion du membre supérieur et plaie ouverte).</p>	<p>10 565 patients ont été inclus, 5 846 dans les pharmacies témoins et 4 719 dans les pharmacies d'intervention. Parmi les 10 565 participants, 54 % (n = 5 710) consommaient 4 médicaments ou plus et 98 % (n = 10 307) consommaient un ou plusieurs médicaments associés à un risque accru de chute.</p> <p>Le nombre de visites à l'urgence ou hospitalisations pour une chute tel que défini dans l'étude était comparable entre les deux groupes en pré-intervention (~5%) et post intervention (~5%).</p> <p>Parmi le groupe d'intervention (n = 4 719), 73 % (n = 3 437) ont été dépistés pour leur risque de chute et 55% avaient un test positif (n=1 901).</p> <p>Parmi ceux dont le test était positif, 72 % (n = 1 373) ont une révision de leurs médicaments et 27 % (n = 521) ont reçu au moins une recommandation relative aux médicaments transmise à leur(s) professionnel (s) de soins de santé.</p> <p>Au total, 716 recommandations spécifiques concernant les médicaments ont été formulées. Les scores DBI ont diminué entre la période pré- et post-intervention dans le groupe témoin et le groupe d'intervention. Cependant, l'ampleur du changement au fil du temps ne différait pas entre ces deux groupes (P = 0,66). Le risque de chute n'a pas changé entre la période pré- et post-intervention et ne différait pas entre les groupes (P = 0,58).</p>	<p>Facteurs qui auraient pu contribuer aux résultats non-significatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les procédures de dépistage pourraient avoir sensibilisé les participants au rôle des médicaments dans le risque de chute, les amenant à parler avec leur professionnel de la santé et à réduire l'utilisation de certains médicaments. - La contamination entre le groupe d'intervention et le groupe témoin causée par des pharmacies qui avaient des patients dans les deux groupes et les bonnes pratiques générales de réduction des opioïdes. - Le DBI index n'inclut pas les médicaments en vente libre qui peuvent augmenter le risque de chutes. <p>Barrières à l'implantation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25 % des participants à risque n'ont pas eu de révision de leur médication à cause du manque de temps par le pharmacien - Seulement 50% des professionnels à qui ont été transmis des recommandations ont rempli un questionnaire pour donner leur avis. - Il est difficile d'évaluer la réelle prévalence des chutes, pas seulement celles avec une consultation à l'urgence ou une hospitalisation. - L'intervention sur la médication doit faire partie d'une approche multifactorielle.

Annexe 11. Description de l'implantation du programme STEADI dans les services ambulanciers

Milieu	Intervention	Méthode d'évaluation	Principaux résultats	Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation
Services ambulanciers paramédicaux de MedStar Mobile, Texas, États-Unis Camp et coll. [46]	<p>Groupe cible : toutes les personnes de 65 ans et plus ou leur proche aidant utilisant les services d'urgence 9-1-1, HUG (High Utilization Group) et HRA (Hospital Readmission Avoidance) à 30 jours. L'utilisation des schémas d'appel au 9-1-1 a également été identifiée comme une ressource potentielle pour cibler les stratégies de prévention des chutes.</p> <p>Les ambulanciers du 911 effectuaient les interventions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrait le questionnaire de dépistage STEADI de 12 items pour évaluer le risque de chute - Révisaient la médication pour identifier la consommation de médicaments qui augmentent le risque de chute selon les critères de Beers. - Effectuaient une évaluation sommaire de l'environnement de vie afin d'identifier les facteurs de risque de chute à l'intérieur et à l'entrée de la maison, tels que le désordre, les surfaces inégales, les moquettes non fixées, les marches endommagées. - Les personnes considérées comme à haut risque en raison d'un schéma d'appels fréquents au 9-1-1 en raison de problèmes de santé mal gérés qui pourraient entraîner des chutes ou qui font des chutes à répétition se voyaient proposer de s'inscrire au programme HUG (High Utilization Group) afin de bénéficier de soins de suivi à domicile (2 visites par semaine pendant 12 semaines) pour évaluer plus en détail et fournir une intervention ciblée 	<p>Adaptation des outils informatisés de travail des ambulanciers du 911 pour inclure l'outil de dépistage STEADI de 12 items, l'intervention et le suivi des chutes, des hospitalisations et autres interventions médicales.</p> <p>Collecte 12 mois avant et 12 mois après l'intervention sur le nombre d'appels au 911, les consultations à l'urgence et les hospitalisations.</p> <p>Pour le programme de prévention des réadmissions à l'hôpital (HRA), les références sont reçues de l'hôpital local et des compagnies d'assurance en vue de préparer le retour du patient à domicile. L'évaluation des risques de chute est effectuée et les services sont initiés dans les 48 heures suivant la sortie de l'hôpital et sont fournis deux fois par semaine pendant quatre semaines en coordination avec les soins à domicile.</p>	<p>Entre 2019 et 2022, les ambulanciers ont effectué un dépistage des risques de chute auprès de 50,5 % (n=45 090) des adultes âgés de 65 ans et plus, et 59,3 % d'entre eux présentaient un risque de chute, 48,1 % prenant des médicaments connus pour augmenter le risque de chute.</p> <p>14,6% des appels au 911 par les 65 ans et plus était relié aux chutes.</p> <p>Un échantillon de 767 personnes à risque et ayant reçu des interventions dans le cadre des programmes HUG et HRA ont été étudiés. On a observé une réduction de 37,2 % le nombre d'appels au 911 liés à des chutes post-intervention.</p> <p>Le programme HRA a démontré un taux de réadmission à l'hôpital de 16,4 %, par rapport à une moyenne régionale de 30,2 %, et une économie de 4,95 millions de dollars, soit 15 618 dollars par patient inscrit.</p>	<p>L'intégration des processus de flux de travail pour réduire les risques de chute lors des interventions d'urgence a nécessité la coordination et la collaboration des principales parties prenantes. La programmation initiale et le support technologique ont été nécessaires pour intégrer les critères de Beers dans le dossier médical électronique, sans compter le temps nécessaire à la révision et à la mise en œuvre des mises à jour annuelles.</p> <p>La formation annuelle et le processus d'intégration visant à former les ambulanciers paramédicaux actuels et nouveaux aux outils et à la documentation relatifs au dépistage des risques de chute, à l'examen des médicaments, à l'observation de la sécurité à domicile et à l'atténuation des facteurs de risque identifiés ont également nécessité du temps et de la coordination.</p> <p>La collaboration avec les hôpitaux et les organisations communautaires qui pourraient avoir des objectifs communs ou alignés pourrait aider à tirer parti des ressources pour mettre en œuvre des services et évaluer rapidement les résultats.</p>

Milieu	Intervention	Méthode d'évaluation	Principaux résultats	Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation
	sur les facteurs de risque identifiés.			

Annexe 12. Description de l'implantation du programme STEADI dans un service d'urgence

Milieu	Intervention	Méthode d'évaluation	Principaux résultats	Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation
<p>Service des urgences d'un centre hospitalier (Lehigh Valley Hospital), Pennsylvanie, États-Unis</p> <p>Greenberg, 2020 [47]</p>	<p>Patients de 65 ans et plus considéré à risque lors d'une consultation au service des urgences.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : 65 ans et plus, congé de l'urgence, parlant anglais, capable de donner son consentement et présentant un risque de chute. Le risque de chute a été défini selon les 3 questions du STEADI.</p> <p><u>Groupe témoin</u> : a reçu une brochure pour la prévention des chutes.</p> <p><u>Groupe intervention</u> : une aide à la décision (avantages et désavantages) pour choisir les interventions (révision de la médication, évaluation du domicile, examen de la vue, programme d'activité physique) qui leur conviennent le mieux afin de réduire leur risque de chute. De plus, on visait à déterminer s'il existe des différences entre les sexes dans les choix des d'options de prise en charge et d'objectifs atteints inspirés par l'outil d'aide à la décision.</p>	<p>Étude pilote, Essai randomisé contrôlé.</p> <p>Les deux groupes ont fait l'objet d'un suivi par téléphone à 6 semaines, puis à 3, 6, 9 et 12 mois.</p> <p>Les participants ont déclaré eux-mêmes avoir atteint leur objectif et leur historique de chutes.</p> <p>Des données ont été recueillies sur les visites des patients hospitalisés et ambulatoires pendant la période d'étude pour les participants des deux groupes afin de corroborer leur déclaration.</p>	<p>Parmi 885 participants éligibles, 200 sujets ont été recrutés, mais les données de 184 patients ont été analysés : 91 dans le groupe témoin et 93 dans le groupe intervention (40 hommes et 53 femmes).</p> <p>Parmi les 93 participants du groupe intervention, 14 % des ont choisi de faire évaluer leurs médicaments, 13,6 % ont choisi de faire un examen de la vue, 22,8 % ont choisi de commencer un programme d'exercice et la majorité (44,6 %) ont choisi de faire évaluer la sécurité de leur domicile.</p> <p>Les patients du groupe d'intervention ont choisi de réaliser plus d'interventions que les participants du groupe témoin (88,2 % versus 23,1%, $p < 0,0001$), mais n'ont pas réalisé plus d'interventions ($p = 0,3387$) et n'ont pas connu moins de chutes que le groupe témoin ($p = 0,5675$). Les femmes ont complété 2 interventions comparativement à une intervention par les hommes ($p=0,0071$)</p> <p>Tout au long de l'étude, la prévalence des chutes étaient comparables entre les deux groupes (intervention : 37,6 %; témoin : 41,8 %; $p = 0,5675$). Par contre, plus de femmes ont chuté que les hommes (46,3% versus 30,3 %; $p = 0,0286$).</p> <p>À 12 mois, 11,8 % des participants du groupe d'intervention ont déclaré avoir fait une chute, et 24,2 % des participants du groupe témoin ont fait une chute; cette différence était statistiquement significative ($p = 0,0290$).</p>	<p>Principales limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petit échantillon - Un pourcentage important de patients à qui l'on a proposé de participer n'étaient pas intéressés à participer. Cela peut être dû aux circonstances qui peuvent être plus stressantes au service des urgences. - Les résultats de cette étude ne sont pas nécessairement généralisables à toutes les populations de patients ; (seulement patients anglophones, et la majorité des participants étaient blancs/caucasiens). - La simple participation à l'étude a pu être bénéfique pour les groupes de contrôle et d'intervention (tous les participants ont reçu du matériel d'auto-assistance et un suivi à intervalles réguliers).

Annexe 13. Description de l'implantation du programme STEADI dans le programme Massachusetts Prevention and Wellness Trust Fund du département de la santé publique de l'État du Massachusetts

Milieu	Intervention	Méthode d'évaluation	Principaux résultats	Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation
<p>Programme Massachusetts Prevention and Wellness Trust Fund (PWTF) incluant un volet sur la prévention des chutes du département de la santé publique de l'État du Massachusetts</p> <p>Coe et coll., 2017 [48]</p>	<p>Le programme PWTF vise à réduire les taux des maladies les plus répandues et évitables dans l'État en utilisant des interventions efficaces et fondées sur des preuves et impliquant les partenaires cliniques, communautaires et municipaux.</p> <p>Investissements de 42,75 millions sur 4 ans pour réduire 4 problématiques dans 9 secteurs de l'État: asthme chez les enfants, hypertension, tabagisme et chutes chez les personnes âgées.</p> <p>Intervention cf. figure 2 de l'article: Dépistage via les outils STEADI dans 23 cliniques médicales et dans 27 organismes communautaires. Si risque de chutes modéré ou élevé, référence en clinique médicale.</p> <p>Références vers des évaluations de la sécurité à domicile avec un outil standardisé (par une infirmière, un ergothérapeute ou un physiothérapeute ou par l'agent de santé), des programmes de tai-chi (1 heure / 2 x semaine / 24 semaines) et des programmes « Matter of Balance » (ateliers en groupes, 8 semaines).</p> <p>Stratégies de liaison :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agents de santé communautaires (Community Health Workers, CHW) formés - Un système électronique d'orientation innovant, « e-Referral », intégré au dossier médical électronique (EMR), 	<p>Le programme PWTF inclut des activités de formation : deux journées annuelles de formation et des webinaires sont offerts plusieurs fois par année. Il y a de la formation sur les outils d'évaluation, incluant l'évaluation du domicile.</p> <p>Le programme fournit les instructeurs de Tai Chi et pour le programme « Matter of Balance ».</p> <p>Chaque semaine, une infolettre est transmise à tous les partenaires.</p> <p>Collecte des données : Les cliniques médicales fournissent des données électroniquement. Les organisations communautaires sont tenues de remplir et de soumettre une feuille de calcul de collecte de données pour chacune des interventions qu'elles mettent en œuvre, qui comprend des informations sur tous les clients pour lesquels elles reçoivent une recommandation ou qui s'inscrivent à l'intervention. Ces données sont compilées et analysées par deux épidémiologistes du MDPH et résumées dans des rapports de données fournis aux partenariats sur une base trimestrielle.</p>	<p>Durant les 9 premiers mois d'implantation, 48 % (20 317) des patients âgés de 65 ans et plus ont fait l'objet d'un dépistage du risque de chute et 30 % (1 564) de ceux dont le dépistage s'est révélé positif ont fait l'objet d'une évaluation de leur démarche, de leur force et de leur équilibre [le plus souvent un test Timed Up and Go (TUG) ou « TUG »]. Parmi les personnes dont le dépistage s'est révélé positif, 37 % (2 133) ont reçu un plan de soins et une évaluation multifactorielle des risques cliniques. Parmi les patients ayant fait l'objet d'un dépistage, 6 % (1 272) ont été orientés vers une intervention communautaire de prévention des chutes (MoB, Tai Chi ou AHSA).</p> <p>Après 21 mois d'implantation : le taux moyen de références aux programmes dans la communauté était de 141,5 par mois ; puis 12 mois plus tard, le taux était passé à 225,3 références par mois, soit une augmentation de 60 %. Parmi les personnes référées, 44 % (2 103) se sont inscrites aux interventions communautaires parrainées par le PWTF et, parmi celles-ci, 45 % (956) ont mené à bien les interventions. Les organismes communautaires invitaient aussi les personnes âgées intéressées à participer aux activités sans référence. Au total, en comptant les patients référés par des médecins et les patients sans référence, plus de 4 359 personnes ont été inscrites et environ 1 945 interventions ont été réalisées.</p> <p>Parmi les trois interventions, le programme MOB a reçu plus de demandes de renseignements,</p>	<p>Principaux obstacles à l'implantation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de soutien de la haute direction et du personnel clinique ; - Absence de remboursement de certains éléments cliniques - Absence de champs de données dans les dossiers médicaux électroniques pour saisir ou évaluer les chutes ; - Absence de processus organisationnels pour la mise en œuvre de STEADI. - Manque de participation des personnes âgées (manque de temps, barrières de langue, etc.). <p>La discussion de l'article présente 13 problèmes spécifiques qui ont été rencontrés et comment ils ont été gérés.</p> <p>L'analyse de l'impact du programme sur la prévalence des chutes (avec ou sans blessures), des hospitalisations et des visites aux urgences, ainsi que de l'impact de ces interventions de prévention sur les soins de santé n'était pas inclus dans l'article.</p>

Milieu	Intervention	Méthode d'évaluation	Principaux résultats	Facteurs facilitateurs et obstacles à l'implantation
	<p>- méthodes traditionnelles telles que la télécopie sécurisée.</p> <p>Ces corridors de liaison sont bidirectionnels et les cliniciens référents des soins primaires sont en mesure d'offrir et de recevoir un retour d'information via l'agent de santé communautaire sur la participation des patients et les progrès de l'intervention communautaire.</p> <p>Les agents de santé communautaires employés par les sites cliniques et communautaires du PWTF jouent un rôle essentiel non seulement en encourageant les individus à s'inscrire aux interventions du PWTF, mais aussi en aidant les clients à identifier et à surmonter les obstacles potentiels à l'initiation et à la participation aux interventions. Ces agents vivent généralement dans la communauté qu'ils servent ou à proximité de celle-ci et partagent souvent la langue et le contexte culturel des personnes qu'ils servent.</p>		<p>d'inscriptions et de complétions que le Tai Chi ou l'AHSA. Plus de 50 % des personnes inscrites à MoB ou à AHSA ont complété les interventions. Le Tai Chi affiche actuellement des taux de complétion beaucoup plus faibles (10 %) car il s'agit d'un programme beaucoup plus long (24 semaines), ce qui crée un long décalage dans les taux de complétion du Tai Chi.</p>	

Annexe 14. Description de l'implantation du programme STEADI par des infirmières dans une clinique privée au Texas durant une période de 3 mois

Milieu	Intervention	Méthode d'évaluation	Principaux résultats	Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation
<p>Clinique médicale privée au Texas (South Texas home health agency)</p> <p>Hourigan et Walker-Smith, 2024 [49]</p>	<p>Durant une période de 3 mois, augmenter les connaissances sur la prévention des chutes et implanter l'utilisation des outils du programme STEADI auprès des infirmières de la clinique privée (n= 8) afin de réduire le taux de chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus d'origine hispanique qui qui représente 95% de la population de cette ville. 27% de la population de la ville vit sous le seuil de la pauvreté. Le taux de chutes est de 7,14% en 2021.</p>	<p>Évaluation pré et post intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sondage auprès des infirmières sur leurs connaissances et niveau de confort quant au dépistage et aux interventions pour la prévention des chutes - Audit de dossiers - Taux de chutes chez les personnes âgées <p>Résultats visés après 3 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les connaissances des infirmières en matière de prévention des chutes après la formation STEADI de 10 % par rapport au score de référence. - Améliorer l'utilisation par les infirmières des évaluations des chutes (STEADI) de 30 %. - Réduire le taux de chutes de 25 % 	<ul style="list-style-type: none"> - Le score d'évaluation des connaissances est passé de 62,5 (pré-formation) à 98,75 (post-formation) - 48 personnes âgées ont participé à l'étude : âge moyen de 76 ans, recevaient une assistance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) (95 %), étaient polymédicamentés (90 %) et utilisaient des aides techniques (76 %). Tous les patients souffraient de maladies chroniques, de comorbidités, avaient des difficultés à quitter leur domicile sans assistance et étaient suivis par un médecin. - Tous les patients ont reçu une évaluation pour les chutes durant le projet. - Le nombre de chutes pré-implantation était de 7 avant implantation et de 2 durant le projet. 	<ul style="list-style-type: none"> - La clinique comptait huit infirmières, et toutes devaient participer. Une formation en ligne via le site Web du CDC a été utilisée pour s'adapter aux horaires des infirmières et ne pas nuire aux activités cliniques. - L'équipe avait été rencontrée pour expliquer les buts et des avantages du projet. - Les mesures d'atténuation des obstacles au projet ont consisté à respecter le budget, à éviter le gaspillage, à faire preuve de souplesse dans les calendriers de formation et à respecter le calendrier du projet. - Pour assurer la continuité du projet, des procédures officielles ont été adoptées dans la clinique (formation annuelle, outils, suivis du nombre de chutes, etc.) et les résultats sont suivis par les questionnaires.

Annexe 15. Description de l'implantation du programme iSOLVE dans des cliniques médicales de Sydney en Australie

Milieu	Intervention	Méthode d'évaluation	Principaux résultats	Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation
<p>Cabinets de médecine générale faisant partie du Sydney North Primary Health Network, Sydney, Australie</p> <p>Clemson, 2017 [50] (protocole d'implantation)</p> <p>Liddle, 2018 [51] (point de vue des professionnels autres que médecins)</p> <p>Mackenzie, 2021 [52] (point de vue des médecins)</p>	<p>Critère d'inclusion des patients : vivant dans la communauté et ayant fait une chute dans la dernière année ou ayant peur de chuté selon l'échelle Falls Efficacy Scale.</p> <p>Critères d'exclusion des patients : incapacité à comprendre les informations de l'étude, un état de santé instable ou soins palliatifs, un handicap physique grave ou une démence modérée à sévère (mesurée par le questionnaire abrégé sur l'état mental).</p> <p>Le programme iSOLVE comporte 4 volets :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identification et la gestion du risque de chute avec un algorithme de dépistage et d'interventions pour les médecins ou infirmières 2) Ateliers de formation sur la prévention des chutes fondés sur des preuves, le partage de stratégies de mise en œuvre avec les partenaires de la première ligne. 3) Les outils iSOLVE sont intégrés au système informatique de la clinique (ex. : alertes, évaluation et production d'un plan d'intervention selon les facteurs identifiés, formulaires de références, etc.) Le formulaire de dépistage peut être rempli en version papier ou avec une tablette dans la salle d'attente par l'utilisateur. 4) Diffusion auprès des partenaires afin de faciliter la collaboration et les références: médecins généralistes, services ambulanciers, professionnels et pharmaciens communautaires. Mise en place d'un site web pour regrouper toutes les informations et outils sur le programme. 	<p>Essai contrôlé randomisé. La randomisation en grappes est utilisée afin d'éviter la contamination entre les patients du même médecin généraliste, car l'intervention est réalisée par le médecin généraliste. La randomisation des médecins généralistes d'un même cabinet dans le même bras évite également la contamination entre les médecins généralistes.</p> <p>Entrevues et sondages pour évaluer en profondeur l'implantation du programme sur une période de 5 ans: auprès des médecins généralistes, des infirmières qui travaillent avec eux et les autres partenaires.</p> <p>Résultat principal = nombre de chutes par personne en 12 mois selon un journal complété par le patient.</p> <p>Résultats secondaires = indice de charge médicamenteuse (drug burden index) du patient; participation du médecin généraliste dans le programme de prévention des chutes mesurée; coût-efficacité du programme par rapport au nombre de chutes évitées dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle et en prenant en compte le coût de l'intervention.</p>	<p>Implantation : 32 médecins généralistes ont participé au projet d'implantation. 238 intervenants de la communauté ont participé aux ateliers de formation iSOLVE.</p> <p>Évaluation qualitative : 24 médecins ont participé à l'évaluation qualitative du programme [52].</p> <p>15 intervenants dont 12 font de la pratique privée (6 physiothérapeutes, 4 ergothérapeutes, 2 kinésiothérapeutes et 3 podiatres) dans communauté ont participé à l'évaluation qualitative du programme [51]</p>	<p>Facteurs facilitants selon les médecins [52] :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les outils et tâches doivent être complétés facilement et rapidement, même si le processus n'est pas fait souvent. - Chaque médecin doit s'approprier la démarche et l'inclure dans sa pratique. Un changement de mentalité, qui consiste à passer du diagnostic à la prévention des chutes, semble être le mécanisme clé pour changer les pratiques. - Avoir l'aide d'une infirmière pour faire certaines parties du processus : dépistage du risque de chute et discussion avec les patients quant à leurs options de suivi. - Faire le processus complet pour les personnes à plus haut risque de chutes <p>Barrières selon les médecins [52] :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes informatiques avec les outils. La version papier des outils doivent demeurer accessibles. - Si on n'utilise pas souvent le processus, on oublie de le faire et comment le faire. - Perceptions que les patients ne sont pas intéressés à faire des changements pour prévenir les chutes. <p>Facteurs facilitants selon les intervenants dans la communauté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ateliers de formation iSOLVE pour soutenir la pratique et fournir des stratégies pour l'améliorer. <p>Barrières selon les intervenants dans la communauté :</p> <p>Les défis liés aux usagers (multimorbidité, situations de vie complexes, motivation des clients), les défis liés au travail avec d'autres professionnels de la santé (compréhension des rôles respectifs/chevauchement des</p>

Milieu	Intervention	Méthode d'évaluation	Principaux résultats	Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation
				rôles, sentiment de concurrence, communication) et les défis liés aux systèmes de financement perçus comme compliqués et en constante évolution.