

---

# RECENSIONS DES ÉCRITS – CHUTES EN CENTRE HOSPITALIER ET EN CHSLD

---

Note de cadrage et  
plan de réalisation

©UETMISSS

Unité d'évaluation des technologies et des modes  
d'intervention en santé et services sociaux, 2024

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

Québec 





# RECENSIONS DES ÉCRITS – CHUTES EN CENTRE HOSPITALIER ET EN CHSLD

## NOTE DE CADRAGE ET PLAN DE RÉALISATION

© UETMISSS, CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE (CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS), 2024  
DIRECTION DE LA COORDINATION DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

Mai 2024



# RÉDACTION DE CETTE NOTE DE CADRAGE

Ce document comprend la note de cadrage et le plan de réalisation pour les recensions des écrits demandées par la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS), en appui pour un mandat émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Il expose le contexte et les besoins des demanderesses et demandeurs ainsi que les moyens suggérés par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) afin de répondre adéquatement à la demande de soutien. Ce document présente finalement l'échéancier que l'UETMISSS propose ainsi que les livrables attendus dans le cadre de ce projet.



# LA MISSION

Soutenir la prise de décision des gestionnaires par diverses approches évaluatives, des technologies, des modes d'intervention, des programmes en santé, en santé publique et en services sociaux et une évaluation des interventions afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population estrienne. L'UETMISSS fonde ses travaux sur l'évaluation rigoureuse des données scientifiques, contextuelles et des savoirs expérientiels, ces derniers provenant des usagères et des usagers, de leurs proches, de la population et de l'ensemble de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS\*.

*\*Intervenantes et intervenants, professionnelles et professionnels, gestionnaires*

## UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

**Marie-Pier Bouchard, M. Sc., M.B.A.**  
Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

**Cyrille Gérard Diffo, M.D., M. Sc.**  
Conseiller en évaluation à l'UETMISSS

**Ariane Brault, Ph. D.**  
Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

**Edith Paré-Roy**  
Personne conseillère en évaluation à l'UETMISSS

**Lucien Coulibaly, M. Sc., Ph. D.**  
Conseiller en évaluation à l'UETMISSS

**Pierre Dagenais, M.D., Ph. D.**  
Médecin-conseil à l'UETMISSS

**Marie-Andrée Roy, M, Sc.**  
Cheffe de service – Mobilisation des connaissances

**Julien Desautels, ps.éd., Ph. D.**  
Coordonnateur – Enseignement et mobilisation des connaissances

**Sonia Ouellet**  
Agente administrative cl. 1



# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
1.1 CONTEXTE.....	1
1.1.1 <i>Les incidents et accidents graves lors de la prestation de soins au Québec</i> .....	1
1.1.2 <i>Les chutes graves lors de la prestation de soins au Québec</i> .....	2
1.2 PROBLÉMATIQUE.....	2
1.3 ENJEUX ET QUESTION DÉCISIONNELLE .....	3
<b>2. QUESTIONS D'ÉVALUATION .....</b>	<b>5</b>
<b>3. PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES .....</b>	<b>7</b>
<b>4. MÉTHODES D'ÉVALUATION .....</b>	<b>9</b>
4.1 RECENSIONS DES ÉCRITS .....	9
4.1.1 <i>Recherche documentaire</i> .....	9
4.1.2 <i>Sélection des documents</i> .....	10
4.1.3 <i>Extraction des données</i> .....	11
4.1.4 <i>Évaluation de la qualité de la preuve</i> .....	11
4.1.5 <i>Synthèse des résultats</i> .....	12
4.2 ENJEUX ÉTHIQUES ET D'ÉQUITÉ.....	12
4.3 TRIANGULATION .....	12
4.4 TRANSFERT DE CONNAISSANCES .....	12
4.5 VALIDATION PAR LE COMITÉ EXPERT .....	13
<b>5. PRODUIT FINAL ET LIVRABLES INTERMÉDIAIRES.....</b>	<b>15</b>
<b>6. ÉCHÉANCIER .....</b>	<b>17</b>
6.1 RESSOURCES DU PROJET.....	17
6.2 ÉCHÉANCIER PRÉLIMINAIRE DU PROJET.....	17
<b>7. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>19</b>
<b>8. ANNEXES .....</b>	<b>21</b>
ANNEXE I – SURVOL DE LA LITTÉRATURE SUR LES DÉFIS ET LES BARRIÈRES À L'APPLICATION DES BONNES PRATIQUES .....	21
ANNEXE II – GRILLES D'EXTRACTION DES DONNÉES .....	25



# LISTE DES TABLEAUX

Tableau I.	Description des catégories d'accidents graves.....	1
Tableau II.	Grille PIPOH.....	5
Tableau III.	Grille CHIP.....	5
Tableau IV.	Critères de sélection pour la recension sur les chutes.....	10
Tableau V.	Critères de sélection pour la recension sur les défis et les barrières d'implantation.....	11
Tableau VI.	Outils d'évaluation de la qualité.....	11
Tableau VII.	Diagramme de Gantt.....	17
Tableau VIII.	Grille d'extraction des données sur les chutes.....	25
Tableau IX.	Grille d'extraction des données sur les défis d'implantation.....	25



# ABRÉVIATIONS

<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CHUM</b>	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
<b>CHUS</b>	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>DGACIQAA</b>	Direction générale adjointe de la coordination interne, de la qualité et des affaires autochtones
<b>DQEPP</b>	Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat
<b>INESSS</b>	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>RNIASSSS</b>	Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux
<b>RSSS</b>	Réseau de la santé et des services sociaux
<b>SISSS</b>	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
<b>TMQ</b>	Table ministérielle sur la qualité et la sécurité des soins et des services
<b>UETMISSS</b>	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux
<b>UL</b>	Université Laval



# 1. INTRODUCTION

## 1.1 CONTEXTE

Lors de la prestation de soins de santé ou de services sociaux, il arrive que des événements indésirables surviennent, ayant des répercussions possibles sur la sécurité des usagères et usagers. L'expression *événement indésirable* est utilisée, selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), pour désigner « toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui a causé ou aurait pu causer des dommages à la santé, à la sécurité et au bien-être d'un usager. Ce terme désigne tout aussi bien un accident qu'un incident » (1). Un incident est un événement qui n'a pas entraîné de conséquences auprès de la clientèle, mais qui s'est soldé par une anomalie qui aurait pu, en d'autres circonstances, affecter une usagère ou un usager (2). Un accident se définit comme un événement affectant une usagère ou un usager et qui a causé, ou pourrait avoir causé, des répercussions sur son état de santé physique ou psychologique (2).

Pour faire le suivi de ces événements indésirables dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois, le MSSS a mis sur pied le Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux (RNIASSSS), où sont rassemblées les données sur les incidents et les accidents survenus dans les établissements de soins au Québec. Ces données proviennent des saisies effectuées au niveau local dans le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS). En effet, depuis l'entrée en vigueur en 2011 de l'obligation légale de tenir un registre provincial, le RNIASSSS est mis à jour chaque année et un rapport est publié et accessible au public annuellement (3). Celui-ci regroupe plusieurs statistiques sur la survenue d'incidents et d'accidents pour fournir, en toute transparence, un portrait de la situation au Québec.

Dans un but d'harmonisation, les incidents et accidents sont séparés en catégories de A à I, selon la gravité de l'événement. Pour une description complète de chaque niveau, veuillez vous référer au dernier rapport annuel du RNIASSSS (4). Les accidents de niveaux G, H et I sont considérés comme des accidents graves puisqu'ils entraînent des conséquences permanentes pour l'usagère ou l'utilisateur touché.

Tableau I. Description des catégories d'accidents graves

Niveau de gravité	Description
<b>G</b>	Événement indésirable qui a des <b>conséquences permanentes</b> , physiques ou autres, pour l'usagère ou l'utilisateur affecté.
<b>H</b>	Événement indésirable qui <b>requiert des interventions pour maintenir en vie</b> l'usagère ou l'utilisateur affecté.
<b>I</b>	Événement indésirable qui <b>contribue au décès</b> de l'usagère ou l'utilisateur affecté.

Source : Direction de l'éthique et de la qualité, *Rapport 2022-2023 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec*, MSSS, 2024, p. 12. (4)

### 1.1.1 LES INCIDENTS ET ACCIDENTS GRAVES LORS DE LA PRESTATION DE SOINS AU QUÉBEC

Dans les dernières années, le nombre d'accidents graves (catégories G, H et I) déclarés au Québec est en augmentation constante (4). En effet, ce nombre est passé de 892 en 2019-2020 à 1226 en 2022-2023.

De ces accidents, les chutes et les erreurs de médication sont constamment les plus communes (4,5). L'amélioration de la gestion des risques de ces deux types d'événements indésirables constitue donc une cible intéressante pour atteindre une diminution des accidents graves et ainsi améliorer la sécurité des soins et des services reçus par la population québécoise.

De plus, la grande majorité des incidents et accidents répertoriés, toutes catégories confondues, ont lieu en centre hospitalier ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Plus précisément, lors de la période 2022-2023, 84,6 % des événements indésirables se sont produits dans ces types d'établissement (4). Il est donc de mise de concentrer initialement la majorité des efforts sur ces environnements de soins en particulier.

## **1.1.2 LES CHUTES GRAVES LORS DE LA PRESTATION DE SOINS AU QUÉBEC**

Les chutes à elles seules ont systématiquement représenté entre 61,14 % et 66,63 % des accidents graves depuis 2019 (4). Cela représente entre 586 et 756 chutes par année ayant causé des conséquences permanentes allant jusqu'à la mort (4,5).

Plus de la moitié des accidents graves de type « chutes » se produisent en CHSLD, alors que les centres hospitaliers arrivent en 2<sup>e</sup> position au niveau de la fréquence. Par exemple, pour la période 2022-2023, 62,4 % des chutes graves ont eu lieu dans un CHSLD et 22,9 % se sont produites dans un centre hospitalier. Ainsi, ces deux types d'établissement totalisent 85,3 % des chutes graves qui sont survenues dans l'année (4).

Finalement, les chutes touchent particulièrement la clientèle plus âgée, ce qui est cohérent avec leur prédominance en CHSLD. Il est également à noter que la prépondérance des chutes rapportées est semblable d'une région à l'autre à travers le Québec, soulignant la pertinence de se pencher davantage sur ce phénomène (4).

## **1.2 PROBLÉMATIQUE**

---

En 2014, des rapports avaient été publiés sur la survenue des chutes et sur les erreurs de médication à la demande du MSSS (6,7). Ces derniers présentaient les principaux constats provenant de la littérature, une contextualisation des données au niveau québécois et une série de recommandations à implanter dans le but de diminuer les taux de chutes et d'erreurs de médication dans les centres hospitaliers et dans les CHSLD. Pourtant, en 2024, force est de constater que la baisse attendue n'a pas été obtenue, comme le démontrent les données présentées dans la section précédente.

La Direction générale adjointe de la coordination interne, de la qualité et des affaires autochtones (DGACIQAA) du MSSS, via la Table ministérielle sur la qualité et la sécurité des soins et des services (TMQ), a donc mandaté deux établissements pour émettre des recommandations dans le but de faire diminuer les taux de chutes et d'erreurs de médication en centre hospitalier et en CHSLD au Québec. La DQEPP du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été désignée pour mener la mise à jour du rapport publié en 2014 sur la gestion des chutes. Le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Université Laval (UL), quant à lui, a été mandaté pour la mise à jour du rapport publié en 2014 sur les erreurs de médication.

Trois objectifs spécifiques découlent de ce mandat :

- l'actualisation des recensions des écrits de 2014 sur les chutes et les erreurs de médication,
- l'identification des défis rencontrés lors de l'application des meilleures pratiques dans les milieux de soins,
- l'élaboration de recommandations d'actions concrètes pour prévenir ces événements indésirables.

De son côté, la DQEPP du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a sollicité l'UETMISSS pour du soutien en ce qui concerne la production des recensions des écrits nécessaires à la réalisation de ce mandat ministériel.

## 1.3 ENJEUX ET QUESTION DÉCISIONNELLE

---

Certains enjeux ont déjà été relevés à la suite de discussions entre l'UETMISSS et les responsables du mandat. Tout d'abord, l'échéancier pour la remise des rapports finaux, harmonisés entre le CIUSSS de l'Estrie – CHUS (chutes) et le CHU de Québec – UL (erreurs de médication) est très court. Ils doivent être déposés au MSSS en décembre 2024. Cela implique que les recensions des écrits demandées à l'UETMISSS doivent être faites rapidement pour permettre au comité expert d'en prendre connaissance, d'en discuter et de construire leurs recommandations, en plus de se coordonner avec leurs homologues du CHU de Québec – UL. Cette collaboration pose aussi un enjeu, puisqu'il n'est pas évident de travailler avec des équipes à distance. Il faudra donc être particulièrement aux aguets afin d'éviter un dédoublement du travail et ainsi une perte de temps et de ressources.

Finalement, des enjeux éthiques sont à considérer lors des recensions des écrits, y compris dans le cas de celle sur les chutes. En effet, certaines solutions proposées dans la littérature pourraient être perçues comme portant atteinte à certains droits et à certaines libertés des personnes à risque de chutes et de leurs proches. L'aspect éthique devra donc être pris en compte et examiné tout au long de la recension. Plus de détails sur le sujet sont donnés à la section [4.2](#).

En tenant compte des informations disponibles et du fait que l'UETMISSS est responsable seulement des recensions des écrits, la question décisionnelle suivante a été déterminée :

**Quelles sont les nouvelles connaissances, depuis 2014, disponibles dans la littérature en matière de bonnes pratiques pour la gestion des chutes lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement de longue durée pour la clientèle âgée et quels sont les défis et les pistes de solution pour les appliquer de manière efficace ?**

Deux rapports distincts seront donc produits par l'UETMISSS : un rapport sur la mise à jour de la recension des écrits effectuée en 2014 traitant de la survenue des chutes et un rapport sur la recension des écrits abordant les défis d'implantation des bonnes pratiques dans les établissements de soins.



## 2. QUESTIONS D'ÉVALUATION

Les questions d'évaluation présentées dans ce document ont été séparées en deux catégories, selon leur appartenance à l'aspect « chutes » ou aux défis dans l'application des bonnes pratiques dans le RSSS au Québec. De plus, des grilles PIPOH (8) et CHIP (9), respectivement, ont été produites pour bien cerner les aspects à couvrir lors des recherches documentaires.

### Volet 1 : Mise à jour de la recension des écrits de 2014 sur les chutes

---

1. Quelles sont les bonnes pratiques en matière de gestion des risques de chutes pour la clientèle âgée en centre hospitalier et en centre d'hébergement de longue durée menant à une diminution du nombre de chutes ?
2. Quelles sont les bonnes pratiques pour faire la transition du « risque zéro » vers la gestion calculée et partagée des risques de chutes pour la clientèle âgée en centre hospitalier et en centre d'hébergement de longue durée ?

Tableau II. Grille PIPOH

PIPOH	Description
Population	Usagères et usagers âgés (65 ans et plus)
Intervention	Gestion des risques de chutes
Professionnel(le)s	Équipe de soins multidisciplinaire, personnel de soutien (p. ex. entretien ménager, gestion des immeubles, etc.), proches aidant(e)s
Résultats (Outcomes)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestion des risques calculée et partagée</li><li>• Analyses de risques</li><li>• Plan d'intervention</li><li>• Analyses post-chute</li></ul> <b>Objectif : diminution des chutes</b>
Contexte (Health care setting)	Centres hospitaliers et CHSLD

### Volet 2 : Recension des défis et des barrières lors de l'application des bonnes pratiques

---

3. Quels sont les principaux défis rencontrés lors de l'application des bonnes pratiques dans le RSSS ?
4. Quelles sont les pistes de solution pour surmonter ces défis ?

Tableau III. Grille CHIP

CHIP	Description
Contexte	Centres hospitaliers et CHSLD
Méthodes (How)	Tous devis confondus
Questions (Issues)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quels sont les défis rencontrés lors de l'application des bonnes pratiques ?</li><li>• Quelles sont les pistes de solution pour surmonter ces défis ?</li></ul>
Population	Professionnel(le)s de la santé, personnel de soutien, clientèle âgée (65 ans et plus) et proches aidant(e)s



### 3. PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES

Comme l'UETMISSS a été mandatée uniquement pour les recensions des écrits, les parties prenantes ne seront pas systématiquement consultées. Dans ce dossier, le comité de personnes expertes formé par la DQEPP du CIUSSS de l'Estrie – CHUS sera responsable des consultations et de la contextualisation des données provenant des revues de littérature réalisées. Ce comité sera également responsable de l'élaboration des recommandations et de la concertation finale avec le CHU de Québec – UL pour l'arrimage avec l'aspect portant sur les erreurs de médication.

Par contre, l'UETMISSS consultera le comité de personnes expertes en cas de questionnement ou d'hésitation en ce qui a trait à la pertinence de certains aspects à inclure ou à exclure dans les différents rapports. De plus, certaines personnes responsables de la prévention des chutes dans les établissements externes au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pourraient être interrogées au besoin. Une collaboration et une communication constante seront également établies avec les responsables des recensions des écrits au CHU de Québec – UL.



## 4. MÉTHODES D'ÉVALUATION

L'UETMISSS a été mandatée pour mener les revues de littérature dans le cadre d'un mandat pour le MSSS. Ainsi, la méthodologie employée sera la recension des écrits, dont les détails seront présentés dans les sections suivantes.

Dans le cas de la mise à jour de la recension de 2014, un balisage très partiel des programmes de prévention des chutes en vigueur dans les établissements québécois sera également réalisé, à la demande et selon les spécifications données par les personnes responsables du mandat.

### 4.1 RECENSIONS DES ÉCRITS

---

#### 4.1.1 RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Les stratégies de recherche pour chacun des deux volets seront développées par un bibliothécaire (MK) en collaboration avec la conseillère en évaluation responsable du projet (AB).

##### 4.1.1.1 Mise à jour de la recension des écrits sur les chutes de 2014

La mise à jour de la recension des écrits effectuée en 2014 en partie par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (10) et par le Groupe Vigilance pour la sécurité des soins à même le rapport (6) se fera en deux temps. Tout d'abord, une recension des revues de littérature (principalement les revues systématiques avec ou sans méta-analyse) sera effectuée dans plusieurs bases de données, dont Cochrane, Medline, PubMed, Embase et CINAHL. Une recherche dans la littérature grise (p. ex. dans le catalogue Santécom) et un balisage restreint des programmes de prévention des chutes au Québec, spécifiquement ceux du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), du CHU de Québec et du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière seront également menés. Les établissements visés par ce balisage ont été sélectionnés par l'équipe responsable du mandat ministériel.

Par la suite, une revue narrative sera effectuée sur les aspects peu couverts par la première étape de la recension, au besoin. Une nouvelle stratégie de recherche spécifique sera alors mise au point conjointement par la bibliothèque et l'UETMISSS.

##### 4.1.1.2 Recension des écrits sur les défis et les barrières d'implantation de bonnes pratiques

Un premier survol rapide a été effectué par la conseillère en évaluation responsable du projet (AB) et une synthèse ([Annexe I](#)) a été réalisée et acheminée au comité expert. Ce dernier déterminera les barrières et les défis les plus pertinents dans le contexte du RSSS québécois.

Ensuite, la stratégie de revue narrative sera élaborée et les bases de données adéquates seront sélectionnées. En plus des bases de données plus générales et/ou médicales (PubMed, CINAHL, Embase, Cochrane, Medline), des bases de données plus spécifiques à l'administration et à la science de l'implantation seront interrogées (p. ex. PsycInfo, Business Source Complete et ABI/Inform). La littérature grise sera également considérée lors de cette recension des écrits.

## 4.1.2 SÉLECTION DES DOCUMENTS

Tout d'abord, les titres et les résumés des références trouvées lors de la recherche documentaire seront analysés et triés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion présentés ci-dessous. Ces derniers pourront être adaptés après une première ronde de recherche, au besoin. La sélection des documents se fera partiellement en double, pour 10 % des documents obtenus, par la professionnelle responsable des recensions (AB) et un autre membre de l'équipe de l'UETMISSS (à déterminer selon les disponibilités individuelles au moment de la sélection). Tout désaccord sera discuté jusqu'à l'obtention d'un consensus. Au besoin, un troisième membre de l'équipe (à déterminer) sera appelé à donner son avis.

Tableau IV. Critères de sélection pour la recension sur les chutes

Aspect	Inclusion	Exclusion
<b>Langue</b>	Français ou anglais	Autre langue
<b>Date de publication</b>	Après le 1 <sup>er</sup> janvier 2014	Avant 2014
<b>Population</b>	Personnes de 65 ans et plus hospitalisées ou hébergées en soins de longue durée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uniquement des personnes faisant des chutes à répétition, c'est-à-dire plus de deux chutes en six mois (11)</li> <li>• Uniquement des enfants (0-18 ans)</li> </ul>
<b>Contexte de soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centres hospitaliers</li> <li>• Centres d'hébergement de longue durée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uniquement le bloc opératoire</li> <li>• Uniquement les soins à domicile</li> </ul>
<b>Type de publication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En 1<sup>er</sup> lieu : Revues systématiques (avec ou sans méta-analyse), guides de bonnes pratiques, rapports</li> <li>• En 2<sup>e</sup> lieu : Tout type d'étude primaire (qualitative, quantitative ou mixte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En 1<sup>er</sup> lieu : Études primaires, éditoriaux, livres</li> <li>• En 2<sup>e</sup> lieu : Revues de littérature, éditoriaux, livres</li> </ul>
<b>Élément abordé en lien avec la gestion des chutes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention</li> <li>• Gestion des risques calculée et partagée</li> <li>• Plans individuels</li> <li>• Utilisation de dispositifs technologiques</li> <li>• Traitements ou interventions post-chute (pour en prévenir une autre)</li> <li>• Analyses de risques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des risques selon le paradigme du « risque zéro »</li> <li>• Contention</li> <li>• Études pharmacologiques</li> <li>• Études d'une condition médicale causant des chutes (et non sur les chutes elles-mêmes)</li> <li>• Études d'association entre un facteur de risque précis et les chutes</li> </ul>

Tableau V. Critères de sélection pour la recension sur les défis et les barrières d'implantation

Aspect	Inclusion	Exclusion
Langue	Français ou anglais	Autre langue
Date de publication	Après le 1 <sup>er</sup> janvier 2014	Avant 2014
Contexte	RSSS ou équivalent	Hors du RSSS ou d'un contexte équivalent
Caractéristique des bonnes pratiques ou du programme à implanter	Comparable aux bonnes pratiques de gestion des chutes : échelle comparable à celle de la province de Québec, approche collaborative multisectorielle, changement de paradigme, etc.	Grandement différente de celle des bonnes pratiques de gestion des chutes
Type de publication	Revue systématiques (avec ou sans méta-analyse), études primaires qualitatives ou mixtes, guides de bonnes pratiques	Éditoriaux, livres
Élément abordé en lien avec l'application et l'implantation de bonnes pratiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défis</li> <li>• Barrières</li> <li>• Obstacles</li> <li>• Pistes de solution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'implantation</li> <li>• Analyses économiques</li> <li>• Articles théoriques sans application pratique</li> </ul>

Les documents retenus à la suite de cette première sélection seront lus en entier pour prendre la décision finale de les inclure ou non, toujours en fonction des critères énumérés précédemment. À nouveau, une double sélection partielle (sur 10 % des titres) sera effectuée par les mêmes personnes, et les désaccords seront discutés jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint ou que l'opinion d'une tierce personne soit nécessaire.

### 4.1.3 EXTRACTION DES DONNÉES

Les données des documents ainsi sélectionnés seront extraites en utilisant des grilles, telles que celles présentées à l'[Annexe II](#), pour uniformiser les informations conservées. Cette étape sera effectuée par la conseillère en évaluation responsable du dossier (AB), et un second membre de l'UETMISSS (à déterminer) sera consulté en cas de doute.

### 4.1.4 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA PREUVE

L'évaluation de la qualité des documents retenus sera effectuée parallèlement à l'extraction des données, par la même personne (AB). Encore une fois, un second membre (à déterminer) viendra appuyer la démarche en cas de besoin. Cette appréciation de la qualité se fera en utilisant une grille d'évaluation adéquate en fonction du type de publication.

Tableau VI. Outils d'évaluation de la qualité

Type de document	Outil d'évaluation
Revue systématiques (avec ou sans méta-analyse)	AMSTAR 2 (12)
Guide pratique (avec ou sans recommandation)	AGREE II (13)
Études primaires	Mixed Methods Appraisal Tool (14)

### 4.1.5 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

En tenant compte de l'évaluation de la qualité de la preuve, une synthèse narrative des résultats sera réalisée indépendamment pour les deux recensions des écrits demandées à l'UETMISSS.

## 4.2 ENJEUX ÉTHIQUES ET D'ÉQUITÉ

---

Les enjeux éthiques et d'équité seront considérés de manière transversale par l'UETMISSS dans la réalisation des recensions des écrits. En effet, l'équipe s'engage à respecter les quatre principes de base en bioéthique (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice) (15), mais aussi d'être attentive à tout autre enjeu moral rencontré en cours de projet (16).

Certains enjeux sont déjà évidents, et ce même avant le début des travaux. En effet, une attention particulière sera portée d'emblée au respect du droit à la vie privée de la clientèle visée par la recension des écrits sur les chutes, surtout lorsqu'il est question de l'utilisation de solutions technologiques, comme les différents dispositifs de détection automatique des chutes (17). L'équité d'accès aux solutions identifiées dans la littérature ainsi qu'aux différentes stratégies d'intervention post-chute sera également considérée. Finalement, le respect de la personne ainsi que le droit au libre choix seront tenus en compte grâce au changement de paradigme du « risque zéro » vers le risque calculé et la responsabilité partagée du risque entre le personnel, les usagères et usagers ainsi que leurs proches.

## 4.3 TRIANGULATION

---

Puisque seules les recensions des écrits seront effectuées par l'UETMISSS, la triangulation des sources de données sera effectuée uniquement entre les différents documents retenus. Cela permettra toutefois d'assurer la qualité des informations et une certaine généralisation des résultats rapportés dans les rapports.

## 4.4 TRANSFERT DE CONNAISSANCES

---

Le transfert de connaissances est essentiel à l'utilisation optimale des données probantes et donc des états des connaissances (18). C'est pourquoi l'UETMISSS travaille en étroite collaboration avec le service de transfert de connaissances pour adapter ses livrables aux besoins des demandeurs et des demanderesses.

Dans le cadre de ce mandat, des rapports (états de connaissances) seront produits pour chacun des deux volets abordés lors des recensions des écrits. De plus, une présentation des principaux résultats du premier rapport sera réalisée pour le comité expert. Finalement, l'UETMISSS demeure disponible pour appuyer les personnes concernées dans tout effort de transfert de connaissances et d'appropriation du contenu des rapports, au besoin.

## 4.5 VALIDATION PAR LE COMITÉ EXPERT

---

Les résultats principaux de la mise à jour de la recension des écrits sur les chutes (premier livrable) seront présentés au comité de personnes expertes constitué par la DQEPP au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Le rapport complet leur sera remis, et les conclusions leur seront présentées par la conseillère en évaluation responsable du mandat (AB). Lors de cette rencontre, le comité validera les données extraites de la littérature et débutera le processus d'élaboration des recommandations.

Par la suite, les résultats de la deuxième recension des écrits, portant sur les barrières et les défis rencontrés lors de l'implantation de bonnes pratiques dans le RSSS, leur seront acheminés sous forme de rapport. Le comité pourra ainsi en prendre connaissance et décider de ce qui sera inclus dans leurs recommandations et dans leur rapport final à l'intention du MSSS.



## 5. PRODUIT FINAL ET LIVRABLES INTERMÉDIAIRES

Comme l'UETMISSS s'est vue sollicitée pour la recension des écrits sur deux volets distincts, deux états des connaissances seront produits par l'équipe responsable du projet.

1. Une mise à jour de l'état des connaissances sur les chutes en centre hospitalier et en CHSLD
  - Recension des revues publiées depuis 2014
  - Revue narrative sur les dimensions pertinentes qui sont peu abordées dans les revues incluses initialement
2. Un état des connaissances sur les barrières et les défis rencontrés lors de l'application des bonnes pratiques dans le RSSS
  - Revue narrative des principaux défis préalablement déterminés par le comité de personnes expertes sur les chutes formé par la DQEPP du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ainsi que des pistes de solution associées

De plus, pour sélectionner adéquatement les éléments à considérer pour le deuxième livrable, un document récapitulatif du survol initial de la littérature ([Annexe I](#)) a été produit et acheminé au comité expert.

Finalement, le premier livrable sera présenté lors de la rencontre du lundi 12 août 2024 par la conseillère en évaluation responsable du projet (AB).



## 6. ÉCHÉANCIER

### 6.1 RESSOURCES DU PROJET

La contribution de l'UETMISSS et du service de bibliothèque au mandat du MSSS, sous forme de recensions des écrits, sera financée à même le budget opérationnel de l'UETMISSS et de la bibliothèque du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

### 6.2 ÉCHÉANCIER PRÉLIMINAIRE DU PROJET

Tableau VII Diagramme de Gantt

	2024					
	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.
Rencontre de démarrage	■					
Examen du contexte et des enjeux décisionnels						
Élaboration de la question décisionnelle et des questions d'évaluation						
Rédaction de la note de cadrage et du plan de réalisation du projet						
Envoi de la note de cadrage et plan de réalisation au comité expert						
Ajustements et finalisation de la note de cadrage et du plan de réalisation		■				
Mise à jour de la recension des écrits de 2014 sur les chutes	■	■	■	■		
Rédaction du rapport sur la mise à jour de la recension des écrits de 2014 sur les chutes			■	■		
Présentation des résultats de la mise à jour de la recension des écrits de 2014 sur les chutes au comité expert*				■		
Survol rapide de la littérature sur les défis et les barrières à l'application des bonnes pratiques dans les CH** et les CHSLD et envoi au comité pour décider des orientations finales de la recension	■					
Recension des écrits sur les défis et les barrières à l'application des bonnes pratiques dans les CH et les CHSLD		■	■	■	■	
Rédaction du rapport sur les défis et les barrières à l'application des bonnes pratiques dans les CH et les CHSLD			■	■	■	
Envoi des rapports au comité expert pour commentaires				■	■	
Ajustements et production des rapports finaux					■	■

\* Plus précisément, la présentation des résultats de la mise à jour de la recension des écrits de 2014 portant sur les chutes au comité de personnes expertes mis en place par la DQEPP du CIUSSS de l'Estrie – CHUS aura lieu le lundi 12 août 2024.

\*\* CH = centres hospitaliers



## 7. BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques. 2016.
2. Roberge G, Dionne M, Laferrière MC. Déclaration des incidents et des accidents - Lignes directrices. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; 2020.
3. Bouchard B, Laferrière MC. Cadre de référence du registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; 2022.
4. Direction de l'éthique et de la qualité. Rapport 2022-2023 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; 2024.
5. Direction de l'éthique et de la qualité. Rapport 2021-2022 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; 2023.
6. Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication : de la stratégie à l'action - Volet : chutes. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; 2014. Report No. : 14-735-02W.
7. Améliorer la prévention des chutes et incidents et accidents liés à la médication : de la stratégie à l'action - Volet : incidents et accidents liés à la médication. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; 2014. Report No. : 14-735-03W.
8. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation Version 2.0 [Internet]. 2009 [cité 22 mai 2024]. Disponible sur : <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/05/ADAPTE-Resource-toolkit-V2.1-March-2010-updated-disclaimer.pdf>
9. Forrester M, Forrester MA, éditeurs. Doing qualitative research in psychology: a practical guide. Repr. Los Angeles : Sage ; 2010. 262 p.
10. Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée). Québec, Québec : INESSS; 2014.
11. Nabil A, Malik IH. Approaching Geriatrics Patients: The Frequent Fallers. *Scott Univ Med J*. 2013 ;2(2):1-8.
12. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 21 sept 2017 ;j4008.
13. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*. 14 déc 2010;182(18):E839-42.
14. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed Methods Appraisal Tool: The Mixed Methods Appraisal Tool – version 2018 [Internet]. 2018 [cité 22 mai 2024]. Disponible sur : [http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/fetch/127916259/MMAT\\_2018\\_criteria-manual\\_2018-08-01\\_ENG.pdf](http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/fetch/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf)

15. Stone EG. Evidence-Based Medicine and Bioethics: Implications for Health Care Organizations, Clinicians, and Patients. *TPJ*. déc 2018 ;22(4):18-030.
16. Lysdahl KB, Oortwijn W, Van Der Wilt GJ, Refolo P, Sacchini D, Mozygemba K, et al. Ethical analysis in HTA of complex health interventions. *BMC Med Ethics*. déc 2016;17(1):16.
17. Charlton K, Murray CM, Kumar S. Perspectives of older people about contingency planning for falls in the community: A qualitative meta-synthesis. Bayer A, éditeur. *PLoS ONE*. 31 mai 2017 ;12(5):e0177510.
18. Davison CM. Knowledge translation: Implications for evaluation. *New Drctns Evaluation*. déc 2009 ;2009(124):75-87.

## 8. ANNEXES

### ANNEXE I – SURVOL DE LA LITTÉRATURE SUR LES DÉFIS ET LES BARRIÈRES À L'APPLICATION DES BONNES PRATIQUES

---

#### Projet « Chutes »

#### Livrable 2 de l'UETMISSS – Défis et barrières à l'implantation des bonnes pratiques Premier survol – Orientation de la recension des écrits

Le survol a été effectué en cherchant des sources (littérature scientifique et littérature grise) nommant des défis et des barrières à l'implantation de bonnes pratiques en santé de façon générale. Certaines études ont aussi été considérées si elles portaient sur l'implantation de bonnes pratiques sur un sujet spécifique, mais dont les caractéristiques ressemblaient suffisamment à celles de la gestion des chutes ou des erreurs de médication (p. ex. bonnes pratiques implantées à une échelle comparable, approches collaboratives intersectorielles, changement de paradigme, etc.)<sup>1</sup>. De plus, comme il y a déjà une « recension non exhaustive » des barrières et des éléments facilitant l'implantation de nouvelles pratiques en santé dans le rapport du MSSS de 2014, seuls les documents publiés depuis 2014 ont été considérés dans ce survol.

Tout d'abord, est-ce que vous voulez une recension des défis et des barrières seulement, ou également des pistes de solution et les bonnes pratiques en matière d'implantation dans le système de la santé ?

Il y a deux grandes catégories de défis et de barrières à l'implantation des bonnes pratiques en matière de gestion des risques de chutes (et des erreurs de médication) en CH et en CHSLD :

- Facteurs indirects et difficilement contrôlables (p. ex. vieillissement de la population, pénurie de main-d'œuvre, etc.)
- Facteurs directs et théoriquement contrôlables (liste ci-dessous)

Est-ce que vous voulez inclure les facteurs indirects dans la recension, ou simplement mentionner leur existence, énumérer quelques exemples et concentrer la recension sur les facteurs directs ?

Aussi, il est à noter que les défis et les barrières rapportés dans la littérature qui peuvent empêcher d'obtenir les effets escomptés lors de l'implantation de bonnes pratiques en santé peuvent être classés dans les trois grandes phases d'implantation (1,2) :

- La préparation à l'implantation (préimplantation)
- L'implantation en soi (implantation opérationnelle)
- Le suivi et l'évaluation de l'implantation (pérennisation)

En effet, de bonnes pratiques peuvent être initialement bien implantées, mais perdre leurs effets apparents à moyen ou à long terme. Cela peut être dû à une diminution de l'application des pratiques dans le temps, mais aussi à un changement dans les facteurs externes qui vient moduler les défis et les enjeux, ce qui aurait pu être identifié avec un bon suivi et une évaluation d'implantation et des effets. Les défis et les barrières ont donc été identifiés dans la littérature indépendamment de la phase à laquelle ils appartiennent, puisque l'impact final demeure l'échec de l'atteinte des objectifs.

---

<sup>1</sup> Les critères seront resserrés et optimisés pour la revue narrative officielle, lorsque les aspects à aborder auront été définis.

### Facteurs directs relevés dans le survol initial de la littérature :

- **Manque de ressources matérielles, financières et/ou humaines allouées à l'implantation** (1,3-11)
- **Problèmes de communication, de collaboration et/ou de coordination entre les parties prenantes** (1,3-5,7,8,10)
- Difficultés à promouvoir la participation importante et égale des différentes parties prenantes, manque d'implication et d'engagement des parties prenantes (1,5,6,12)
- **Manque d'outils et de ressources pour le suivi et l'évaluation de l'implantation des bonnes pratiques** (difficultés à connaître les effets réels de l'implantation ainsi que le degré d'implantation, mais aussi d'apporter des données probantes sur l'efficacité et l'efficience des bonnes pratiques pour convaincre d'autres établissements de la pertinence de ces dernières) (1,7,9,11-13)
- **Différences dans l'interprétation des recommandations à implanter et/ou du manque de directives claires pour l'opérationnalisation des bonnes pratiques** (1,4-6,8,9)
- **Manque de connaissances, de compétences et/ou de formation des parties prenantes en lien avec les bonnes pratiques à adopter** (1,5-7,9-12,14)
- **Contexte politique et/ou organisationnel sous-optimal** (p. ex. si les priorités sont mises ailleurs, autant au niveau gouvernemental qu'au niveau des établissements ou même des différentes équipes de soins) (3-6,8,9,11-13)
- Flexibilité et adaptabilité des acteurs et actrices de l'implantation, des recommandations et des bonnes pratiques (3,14)
- Conflits des bonnes pratiques avec d'autres procédures ou politiques préexistantes (4,6,11)
- **Résistance individuelle ou de groupe aux changements** (4-6,8,12,14)
- Manque de soutien à l'implantation pour les établissements (12,14)

Sur lesquels voulez-vous que la recension se concentre plus en détail? Ceux qui revenaient le plus fréquemment et/ou qui semblaient être particulièrement pertinents pour le contexte de l'implantation des bonnes pratiques en matière de gestion des risques de chutes (et des erreurs de médication) dans le système de santé québécois sont identifiés par la **police verte**.

### Références

1. Dos S. Ribeiro C, Van De Burgwal LHM, Regeer BJ. Overcoming challenges for designing and implementing the One Health approach: A systematic review of the literature. *One Health*. juin 2019;7:100085.
2. Lu AD, Kaul B, Reichert J, Kilbourne AM, Sarmiento KF, Whooley MA. Implementation Strategies for Frontline Healthcare Professionals: People, Process Mapping, and Problem Solving. *J GEN INTERN MED*. févr 2021;36(2):506-10.
3. Cain R, Greece JA, Galea S, Knight EK, Manco A, Parikh A, et al. Improving health across sectors: Best practices for the implementation of health in all policies approaches. *Preventive Medicine Reports*. oct 2022;29:101961.
4. Health Policy Project. Capacity Development Resource Guides - Implementation Barriers. 2014.
5. Mahmoodi H, Bolbanabad AM, Shaghghi A, Zokaie M, Gheshlagh RG, Afkhamzadeh A. Barriers to implementing health programs based on community participation: the Q method derived perspectives of healthcare professional. *BMC Public Health*. 17 oct 2023;23(1):2019.

6. Zomahoun HTV, Lemire N, Parent M, Gilbert S, Demers-Payette O, Truchon C, et al. Enjeux liés à l'implantation d'un système de soutien à la décision clinique visant la prescription d'un examen diagnostique. INESSS; 2022 août p. 90.
7. Aftab W, Siddiqui FJ, Tasic H, Perveen S, Siddiqi S, Bhutta ZA. Implementation of health and health-related sustainable development goals: progress, challenges and opportunities – a systematic literature review. *BMJ Glob Health*. août 2020;5(8):e002273.
8. Sullivan JL, Adjognon OL, Engle RL, Shin MH, Afable MK, Rudin W, et al. Identifying and overcoming implementation challenges: Experience of 59 noninstitutional long-term services and support pilot programs in the Veterans Health Administration. *Health Care Manage Rev*. juill 2018 ;43(3):193-205.
9. Outil de soutien à l'implantation des meilleures pratiques : plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie. Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ; 2017.
10. Woodward EN, Castillo AIM, True G, Willging C, Kirchner JE. Challenges and promising solutions to engaging patients in healthcare implementation in the United States: an environmental scan. *BMC Health Serv Res*. 4 janv 2024;24(1):29.
11. Fleury MJ. Bonnes pratiques, stratégies d'intégration et enjeux d'implantation des transformations, particulièrement au Québec : *Vie sociale*. 26 août 2014 ;n° 6(2):37-53.
12. Massuard M. Guide pour accompagner l'implantation de pratiques prometteuses dans un établissement. 2023.
13. Kohn LT, Simerl W, Bogart G, Friday K, Hormozi S, Lalomio J, et al. Patient Safety – Hospitals Face Challenges Implementing Evidence-Based Practices. États-Unis : United States Government Accountability Office; 2016 févr p. 38. Report No. : GAO-16-308.
14. Côté D. Conditions gagnantes, défis et impacts de l'implantation de l'Approche relationnelle de soins en CHSLD. 2018.



## ANNEXE II – GRILLES D'EXTRACTION DES DONNÉES

Tableau VIII. Grille d'extraction des données sur les chutes

Auteur et année	Type de document	Caractéristique du document	Élément abordé	Sommaire des résultats pour chaque élément	Qualité de la preuve
	p. ex. revue systématique avec méta-analyse	p. ex. devis, population à l'étude, contexte de soins, etc.	p. ex. système de détection des chutes		

Tableau IX. Grille d'extraction des données sur les défis d'implantation

Auteur et année	Type de document	Caractéristique du document	Résultat : Défis, barrières et obstacles relevés	Résultat : Pistes de solution proposées	Qualité de la preuve
	p. ex. revue systématique avec méta-analyse	p. ex. devis, contexte d'implantation, caractéristiques du programme, etc.			

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

