

Facteurs facilitant et entravant le dépistage et l'évaluation du risque de chute chez les aînés : un sommaire

Rédigé par

Brian Hyndman, Ph. D.,

pour le compte du

Groupe de collaboration pour la prévention des chutes

Ontario, le 20 décembre 2022

Introduction et objet

Bien que les termes soient parfois utilisés de manière interchangeable dans la littérature, le **dépistage du risque de chute** et **l'évaluation du risque de chute** n'ont pas le même sens. Il s'agit en revanche de deux processus diagnostiques interreliés utilisés dans le domaine de la prévention des chutes¹. Le dépistage du risque de chute réfère au processus d'administration des mesures et des outils (p. ex., test chronométré du lever de chaise ou TUG – de l'anglais « Timed Up and Go ») servant à déterminer la mesure dans laquelle un individu est susceptible de faire une chute et l'utilité de pousser l'évaluation plus loin. L'évaluation du risque de chute fait référence à un processus plus long et plus exhaustif visant à cerner les facteurs de risque liés aux chutes (p. ex., la médication) qu'il sera ensuite possible d'atténuer grâce à des mesures de prévention². Il importe au plus haut point d'assurer un accès rapide au dépistage et à l'évaluation du risque de chute pour prévenir de manière efficace les chutes chez les aînés^{3,4}.

Le dépistage et l'évaluation du risque de chute jouent un rôle de premier plan dans le processus d'élaboration d'interventions efficaces pour prévenir les chutes. Pourtant, de nombreux obstacles et autres raisons en freinent l'usage. Le présent document fait le survol des principaux facteurs entravant et facilitant le dépistage et l'évaluation du risque de chute à partir d'une synthèse des conclusions des recherches publiées dans la littérature et de sondages et d'entretiens réalisés auprès d'intervenants et de cliniciens spécialisés dans la prévention des chutes au Canada. Il s'agit d'un document préparatoire à une série de séances de consultation qui sera lancée par le Groupe de collaboration pour la prévention des chutes. Les séances réuniront des équipes Santé Ontario et des intervenants et des cliniciens voués à la prévention des chutes dans les milieux des soins primaires et des services communautaires. Elles serviront non seulement à valider les observations sur ce qui nuit à l'exécution efficace du processus de dépistage et d'évaluation du risque de chute en Ontario, mais aussi à colliger les stratégies possibles pour remédier à la situation.

Facteurs facilitant et entravant le dépistage et l'évaluation du risque de chute chez les aînés : un sommaire

Conclusions des recherches publiées dans la littérature

Les travaux de recherche ayant pour unique objet de recenser les obstacles et les facteurs favorables au dépistage et à l'évaluation du risque de chute chez les aînés sont plutôt rarissimes. Ils consistent généralement en des études qualitatives ou en des enquêtes transversales réalisées dans la plupart des cas dans des établissements de soins primaires⁵.

Une équipe de chercheurs a dirigé en 2008 une enquête transversale des omniprat-

iciens dans deux régions du sud-est de la France afin de relever les facteurs entrant en ligne de compte dans la réalisation du dépistage annuel du risque de chute chez les patients âgés de 75 ans ou plus⁶. Parmi les 1836 médecins ayant reçu un questionnaire, 493 ont répondu (taux de réponse de 26,8 %). Les facteurs mentionnés par les répondants comme faisant obstacle au dépistage annuel sont, par exemple : le refus du patient de faire l'objet d'un dépistage (56,3 %), l'oubli de procéder au dépistage (36,6 %), les mauvaises conditions de travail interférant avec le dépistage (18,5 %), le manque de temps (13,3 %), le manque de connaissances (13,3 %) et la compensation financière inadéquate (11,1 %). Les facteurs cités comme favorables au dépistage du risque de chute sont, par exemple : la perception positive de l'utilité du dépistage annuel, la satisfaction par rapport aux interventions et au traitement disponibles advenant une chute et un risque de chute et l'augmentation du temps pour la consultation. L'enquête a révélé que, de manière paradoxale, bien que près des deux tiers des répondants (65,3 %) trouvaient utile de dépister annuellement le risque de chute chez leurs patients, seulement 28,8 pour cent d'entre eux procédaient aux tests⁶.

Lors d'une étude antérieure (2006) sur les facteurs entravant et facilitant l'intégration du processus d'évaluation du risque de chute dans les pratiques de soins primaires, des chercheurs ont mené des entretiens qualitatifs semi-structurés auprès de 18 fournisseurs de soins primaires qui faisaient partie d'un groupe fournissant des soins de santé aux aînés vivant dans la collectivité de Hartford (Connecticut, États-Unis⁷). Ils ont classé les facteurs cités par les répondants en trois catégories thématiques. Les **facteurs associés au médecin** concernaient, par exemple, la méconnaissance de l'importance du dépistage du risque de chute comparativement à d'autres procédures diagnostiques (p. ex., dépistage du cancer), les priorités conflictuelles (p. ex., traitement de l'hypertension), la justesse de l'aiguillage dans la gestion du risque de chute et le niveau de formation, cité à la fois comme entravant et facilitant le dépistage. Les **facteurs associés à la logistique** se rapportaient à l'accès des aînés au transport, au temps requis pour les patients immobiles, au remboursement des médecins et à la présence d'une personne de la famille, au besoin, pour assurer une bonne communication. Les **perceptions des médecins quant aux facteurs associés au patient** concernaient la réticence des patients à déclarer l'occurrence de chutes (en raison du refus de l'admettre, d'un trou de mémoire et autres), l'attitude par rapport à la médication (un facteur à la fois positif et négatif), les réactions positives après un aiguillage vers des services d'intervention pour prévenir les chutes, comme la physiothérapie⁷.

En revanche, rares sont les recherches sur les facteurs entravant et facilitant le dépistage et l'évaluation du risque de chute dans les milieux hospitaliers. Dans le cas d'une étude sur le sujet, des chercheurs ont interrogé 103 patients (de 70 ans et plus) du service des urgences et du service de consultation externe d'un hôpital néerlandais, de même que 36 professionnels de la santé prodiguant des soins à des aînés dans l'établissement⁵. Les patients ont signalé de nombreux facteurs facilitant le dépistage du risque de chute en milieu hospitalier et aucun obstacle. La souplesse des programmes de dépistage, le peu de temps à y consacrer, le personnel attentionné et la motivation à réduire le risque de chute facilitent selon eux le processus. Les professionnels de la santé ont déclaré

que les particularités du programme de dépistage, y compris ses caractéristiques et sa souplesse, facilitaient énormément la tâche. Ils se sont toutefois montrés moins positifs envers les programmes de dépistage du risque de chute que leurs patients. Leurs commentaires négatifs concernaient par exemple le temps requis, le manque de connaissances, le manque de formation, l'inadaptation des locaux, le remboursement et la pertinence de fournir des conseils aux patients pour prévenir les chutes si ceux-ci n'ont pas les moyens ni la capacité de les suivre⁵.

Le fait de manquer de temps pour effectuer le dépistage et l'évaluation du risque de chute revient souvent parmi les obstacles cités, tous milieux de soins de santé confondus. Lors d'un sondage mené auprès de 102 membres du personnel d'urgence dans un hôpital des États-Unis, la majorité des répondants (82/102) ont reconnu l'importance de la prévention des chutes. De ce nombre, la plupart (90 %) s'opposaient à l'idée de consacrer plus de cinq minutes au dépistage ou à l'évaluation du risque de chute⁸. Lors d'une enquête réalisée auprès de 29 professionnels de la santé traitant des aînés dans des cliniques de soins de courte durée du Midwest des États-Unis, 71 pour cent des répondants ont déclaré « n'avoir presque jamais » ou « n'avoir que parfois » assez de temps pour procéder au dépistage du risque de chute durant la consultation des patients⁹.

Une autre observation se dégageant généralement des études sur le dépistage et l'évaluation du risque de chute se rattache aux facteurs organisationnels et systémiques au-delà des perspectives patient-fournisseur. Les obstacles sont, par exemple, le peu de coordination et de communication entre les principaux prestataires de services, l'insuffisance des ressources humaines et financières investies dans les diverses facettes de la prévention des chutes, y compris le dépistage et l'évaluation, l'étroitesse des mandats organisationnels et le cloisonnement au sein des systèmes de santé qui nuit à la communication de l'information entre collègues de disciplines différentes et à la collaboration pluridisciplinaire nécessaire pour évaluer de manière systématique le risque de chute et mettre en œuvre des mesures de prévention efficaces^{5, 6, 10, 11}. Ces constatations donnent à penser que les efforts pour accroître le dépistage et l'évaluation du risque de chute ne porteront aucun fruit tant qu'il demeurera impossible de les réaliser sans le soutien d'un système mieux harmonisé et plus intégré.

Perspectives canadiennes sur les facteurs entravant et facilitant le dépistage et l'évaluation du risque de chute

Un petit nombre de travaux de recherche non publiés jettent une certaine lumière sur ce qui aide les intervenants du Canada à procéder au dépistage et à l'évaluation du risque de chute et sur ce qui les en empêche. Mentionnons, à titre d'exemple, le sondage en ligne et la série d'entretiens menés plus récemment en Ontario par le Groupe de collaboration pour la prévention des chutes avec des informateurs clés, ainsi que les données recueillies par le Centre for Effective Practice, un organisme voué à l'application des connaissances dans le domaine des soins primaires au Canada.

Groupe de collaboration pour la prévention des chutes (Ontario)

Le Groupe de collaboration pour la prévention des chutes a effectué en novembre 2020 un sondage en ligne auprès des intervenants de l'Ontario afin de connaître le taux d'utilisation des outils et des ressources disponibles pour le dépistage et l'évaluation du risque de chute. En tout, 40 personnes ont participé, dont 41 pour cent travaillent en soins primaires (20,83 %) ou aux urgences (20,83 %). Les quelques autres répondants exercent une profession dans les domaines de la santé publique, des soins à domicile, des soins communautaires et des soins préhospitaliers d'urgence¹².

Le sondage comportait une question sur ce qui empêche les intervenants d'utiliser les outils de dépistage et d'évaluation du risque de chute. Similairement à ce qui ressort de la littérature, 20 pour cent des répondants ont cité comme principaux obstacles des facteurs liés au temps. En fait, 13,24 pour cent des répondants s'entendaient pour dire que le dépistage et l'évaluation du risque de chute « prennent trop de temps », alors que 8,82 pour cent ont déclaré que le dépistage et l'évaluation « exigent trop de temps de la part du personnel ». Parmi les autres obstacles mentionnés par les répondants, mentionnons le manque de soutien organisationnel (14,71 %), le manque de formation (14,71 %), l'absence de processus électroniques pour la consignation au dossier et le suivi des dossiers (13,24 %), l'insuffisance des connaissances et des compétences à l'interne (11,76 %) et l'incapacité d'effectuer le dépistage et l'évaluation du risque de chute en mode virtuel (7,35 %).

Il a été possible de recueillir des données qualitatives plus détaillées sur les obstacles au dépistage et à l'évaluation du risque de chute lors d'une série d'entrevues avec des informateurs clés. Mandatée par le Groupe de collaboration pour la prévention des chutes au printemps 2022, la série s'est inscrite dans le cadre d'une importante étude sur les processus d'élaboration et d'utilisation des guides de pratique clinique en matière de dépistage et d'évaluation du risque de chute en Ontario¹³. Dix entrevues semi-structurées ont ainsi eu lieu avec des individus directement concernés par l'élaboration ou l'utilisation de guides de pratiques cliniques en matière de prévention des chutes ou de ressources connexes en Colombie-Britannique, en Ontario, au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan.

La perception des répondants sur ce qui fait obstacle à l'utilisation des guides de pratiques cliniques sur le sujet reflétait en grande partie les conclusions des recherches rapportées dans la littérature. Le manque de temps pour procéder à un dépistage et à une évaluation du risque de chute de manière exhaustive revenait en effet fréquemment dans les commentaires au sujet des entraves :

Celui qui me vient à l'esprit comme étant l'obstacle le plus important est le temps nécessaire pour les exécuter [c.-à-d., les guides de pratiques cliniques]. D'après moi, la plupart des outils et des guides de pratiques cliniques comportent des procédés trop détaillés pour être faisables compte tenu de la structure de notre système de soins primaires. Il s'avère donc impossible pour de nombreux fournis-

seurs de les inclure dans leurs activités.

Le fait que le personnel soit toujours à la course. Je pense au personnel à l'admission. Il doit évaluer tellement d'autres éléments, particulièrement si la personne est très malade. Ça ne devrait pas, mais celui-là [c.-à-d., l'évaluation du risque de chute] tombe ni plus ni moins au bas de la liste des priorités.

En termes d'obstacles, les autres mentions correspondant aux conclusions des recherches publiées sont, par exemple : le peu de perfectionnement professionnel à cet effet, les difficultés logistiques, y compris le manque de disponibilité d'évaluateurs compétents selon l'heure et le jour de la semaine dans les établissements de soins de santé, les problèmes de remboursement des médecins et la méconnaissance du caractère évitable des chutes. Comme l'a fait remarquer l'un des répondants, cette méconnaissance transparaît même chez les médecins cliniciens ayant des aînés comme patients.

Beaucoup de gens ne savent pas qu'il est possible d'éviter les chutes, même des médecins cliniciens. La croyance populaire veut encore aujourd'hui que les chutes soient le fruit d'un accident et que les accidents arrivent... Lorsque nous avons commencé à faire des présentations devant le comité consultatif sur les guides de pratiques cliniques, les membres du comité, tous diplômés en médecine, ont été stupéfaits de nous entendre parler du fardeau des chutes, du caractère évitable des chutes et des guides de pratiques cliniques déjà existants sur le sujet.

L'un des obstacles cités lors du sondage concerne la mentalité des aînés soumis à une évaluation du risque de chute, ce qui apparaît rarement dans la littérature. De nombreux répondants ont affirmé que les personnes faisant l'objet d'une telle évaluation sont en majeure partie très malades et ne se rendent pas nécessairement compte, en raison de la « surabondance d'information », de l'utilité des conseils reçus lors de l'évaluation pour éviter d'autres chutes.

L'autre problème que nous avons relevé est que, généralement, les patients se présentent à nous en étant déjà bouleversés au plus haut point. Il nous arrive parfois d'observer des spécialistes des guides de pratiques cliniques s'empressement d'inonder les patients d'information... et de voir les patients complètement dépassés et, donc, incapables d'absorber l'information.

À titre de médecin, vous leur donnez 12 recommandations, et vous les vouez à l'échec. Des choses vont leur échapper. D'autres vont peut-être tomber entre les craques.

Les répondants ont proposé diverses solutions pour réussir à surmonter les obstacles au dépistage et à l'évaluation du risque de chute. L'une d'entre elles consiste en la normalisation de l'évaluation du risque de chute comme mesure de prévention en matière de santé. Il importe plus précisément de mener des campagnes d'information pour encourager les aînés à se soumettre au dépistage et à l'évaluation du risque de chute en

prenant périodiquement rendez-vous à cet effet avec leur fournisseur de soins de santé.

Je pense que l'autre pièce du casse-tête consisterait simplement à normaliser l'évaluation et la prévention du risque de chute... Cela n'a rien à voir avec le diabète ou la douleur chronique ou un autre motif pour lesquels le patient prend tout de suite rendez-vous avec son fournisseur de soins de santé pour en discuter... C'est plutôt un point à aborder dès l'âge de 65 ans, puis annuellement par la suite.

J'estime aussi qu'il faut faire prendre conscience et faire comprendre à la population qu'il n'est pas normal de faire une chute. Vous ne pourrez sans doute pas prévenir toutes les chutes, mais vous travaillerez dans le bon sens si vous parvenez à prévenir les blessures associées aux chutes.

L'un des répondants ayant cité la COVID-19 comme obstacle majeur à l'évaluation du risque de chute (« On nous a fait savoir... que les médecins sont épuisés en raison de la pandémie. Ils ne veulent ajouter rien qui viendrait modifier leurs pratiques. ») a souligné qu'il serait possible de tirer parti de la pandémie pour réaffirmer l'engagement des médecins à évaluer le risque de chute compte tenu du climat actuel en matière de politiques de santé :

Les aînés restent à la maison pour éviter la COVID-19 et ne participent plus autant aux activités dans leur milieu de vie – ils ne vont plus aux cours de conditionnement physique. Nous savons qu'il est très possible que les chutes et le risque de chute soient en hausse, que le déconditionnement s'intensifie et pourrait entraîner une perte de force musculaire... mais qu'est-ce qui aiderait les gens à renverser la situation? Exactement les mêmes solutions qui permettraient de diminuer le risque de chute!... À mon avis, nous devons aussi nous arrimer davantage à ces faits et reconnaître que la voie à prendre se résume aux politiques.

Les répondants ont également insisté sur l'utilité de sensibiliser les fournisseurs de services de première ligne à l'utilité du dépistage et de l'évaluation du risque de chute, car ceux-ci ne connaissent peut-être pas l'importance d'une approche globale pour dépister le risque de chute.

La plupart des travailleurs de première ligne n'ont aucune idée, par exemple, de l'existence des lignes directrices de l'AIIAO [RNAO]... Ils ont une feuille et une grille, et c'est tout. Ils n'en connaissent aucun détail et ne savent pas d'où viennent les outils... Nous devons absolument nous mobiliser comme équipe, amener les clients et les résidents à participer et leur faire connaître les facteurs de risque.

Je pense par ailleurs que les équipes Santé Ontario doivent aussi le comprendre. Si elles n'appuient pas la démarche, si le Ministère ne l'appuie pas non plus, rien

ne va changer... Je pense que les équipes Santé Ontario doivent agir en amont et remonter au Ministère pour faire en sorte que la communauté des médecins y souscrive [c.-à-d., au dépistage et à l'évaluation du risque de chute].

Parmi les solutions proposées par les répondants, mentionnons les changements à apporter dans les politiques de ressources humaines dans le secteur de la santé afin de faciliter l'accès aux moyens de dépister et d'évaluer le risque de chute. Un répondant explique, par exemple, que le fait d'avoir augmenté la disponibilité du personnel infirmier spécialisé en gestion des urgences gériatriques (GEM) avait permis à un plus grand nombre d'aînés de se soumettre à une évaluation de leur risque de chute.

Du point de vue des ressources humaines, je dirais que les personnes ayant fait une chute ne se présentent pas nécessairement durant les heures de travail du personnel responsable de l'application des guides de pratiques cliniques. Les heures d'ouverture sont normalement du lundi au vendredi, de 8 heures à 16 heures, n'est-ce pas? Pour les gens qui nous arrivent le soir ou les fins de semaine... nous devons trouver le moyen de nous assurer que les guides de pratiques cliniques soient utilisés... Un service est allé jusqu'à modifier l'horaire de travail du personnel infirmier désigné... pour qu'une personne puisse être présente afin d'aider les gens qui se présentent plus tard, en soirée... Nous devons donc trouver des façons d'aider, quelle que soit l'heure.

L'une des solutions au problème de temps consisterait de toute évidence à créer des outils et des guides de pratiques cliniques plus concis et plus ciblés pour dépister et évaluer le risque de chute. Les opinions se sont révélées mitigées sur ce point. Bien que l'un des répondants se soit dit d'accord avec l'affirmation « choisir des options plus pragmatiques et fournir des façons de découper le processus en plusieurs parties plus petites et plus facilement gérables », un médecin clinicien a mis en garde contre « l'idée de permettre aux médecins d'intervenir dans le développement d'algorithmes, car ils sont susceptibles de les simplifier au point d'en compromettre possiblement la valeur... vous ne voulez pas diminuer l'efficacité dans l'espoir d'augmenter le taux d'utilisation ».

Centre for Effective Practice

En 2021, le Centre for Effective Practice (CEP) a dressé la liste des facteurs facilitant et des facteurs entravant le dépistage et l'évaluation du risque de chute pour le volet sur la prévention et la gestion des chutes de son programme de formation continue en pharmacothérapie¹⁴. Le programme permet de transmettre des informations fondées sur les données probantes au sujet des meilleures pratiques aux fournisseurs de soins primaires de l'Ontario, y compris les médecins de famille et le personnel infirmier praticien¹⁵. La liste a été créée à partir d'une revue de la littérature de même que des commentaires des responsables de cliniques et des services de soins primaires¹⁶.

Les obstacles recensés par le Centre for Effective Practice en matière de dépistage

et d'évaluation du risque de chute coïncident avec la plupart de ceux relevés par le Groupe de collaboration pour la prévention des chutes ou tirés de littérature existante sur le sujet. Les éléments sur la liste sont notamment : le manque de temps, la méconnaissance de la méthode d'évaluation du risque de chute, la complexité entourant la coordination du suivi (p. ex., interventions multiples), la place de la prévention des chutes parmi les priorités à considérer pour le patient, la complexité des cas, la motivation du patient (p. ex., croyances au sujet des chutes, les préjugés associés aux chutes), la méconnaissance des services communautaires vers lesquels aiguiller le patient et l'incapacité d'effectuer des visites à domicile et d'organiser des évaluations en personne pour les patients de 65 ans et plus confinés à la maison.

Ce qui facilite la démarche consiste en une combinaison d'éléments, c'est-à-dire les conseils fondés sur les pratiques pour gérer, par exemple, le manque de temps en répartissant l'évaluation du risque de chute en plusieurs rendez-vous et en déléguant les tâches à d'autres membres de l'équipe, les ressources précises créées par le Centre et d'autres organismes dont le mandat couvre la prévention des chutes (p. ex., l'outil et la liste de contrôle du Centre, l'outil « Dossier médical électronique sur les chutes », la documentation produite par les Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis afin de sensibiliser les patients au risque de chute) et les soins de santé virtuels.

Le Centre for Effective Practice maintient également des statistiques servant à la formation continue en pharmacothérapie et comportant de l'information supplémentaire sur les obstacles au dépistage et à l'évaluation du risque de chute. Entre octobre 2021 et septembre 2022, 74 fournisseurs de soins primaires prenant part à une discussion sur la prévention et la gestion des chutes organisée par le Centre dans le cadre de la formation continue en pharmacothérapie ont tracé le portrait de ce qu'ils considéraient comme des obstacles au dépistage et à l'évaluation du risque de chute¹⁷.

Le manque de temps vient au premier rang pour 37 pour cent des répondants. Parmi les autres obstacles cités, mentionnons la réticence des patients à respecter les recommandations (p. ex., cesser la médication, utiliser un appareil fonctionnel), l'incapacité des patients à appliquer les mesures (p. ex., installer des barres d'appui) en raison des coûts, la réticence des patients à discuter des chutes et l'interminable attente avant d'avoir accès aux cliniques spécialisées dans les chutes et aux autres services communautaires. Les répondants ont également une faible opinion de l'efficacité et de la valeur du dépistage et ne s'y retrouvent pas trop parmi les outils à utiliser pour le dépistage et l'évaluation du risque de chute. Plusieurs ont affirmé ne rien avoir à offrir de plus aux patients qui font des chutes à répétition.

Une forte proportion de répondants est d'avis qu'un service clinique virtuel comme GeriMedRisk, qui met en contact les médecins, le personnel infirmier praticien et les autres professionnels de la santé avec une équipe de spécialistes en médecine, en psychiatrie et en pharmacologie gériatriques, facilite le dépistage et l'évaluation du risque de chute¹⁸. Le service permet en effet aux professionnels de soins primaires de

faire un suivi étroit des principaux problèmes relevés lors du dépistage et de l'évaluation du risque de chute, y compris la médication et l'état de santé contribuant à augmenter le risque de chute chez les aînés.

Résumé et prochaines étapes

Le tableau 1 ci-dessous résume les constatations faites dans le présent rapport (c.-à-d., à partir de la revue de la littérature et du travail du Groupe de collaboration pour la prévention des chutes et du Centre for Effective Practice). Il comporte l'énumération de l'ensemble des facteurs entravant et facilitant le dépistage et l'évaluation du risque de chute. Afin de simplifier le processus d'élaboration de stratégies efficaces pour promouvoir l'exécution du processus de dépistage et d'évaluation du risque de chute, les facteurs y sont classés en quatre catégories : facteurs liés au patient, facteurs liés au fournisseur de soins, facteurs socio-environnementaux et facteurs systémiques et organisationnels.

Le contenu du tableau et du rapport qui l'accompagne fera l'objet d'une validation de la part des participants à la prochaine séance de consultation des intervenants à l'hiver 2023. Le tableau et le rapport serviront de point de départ aux discussions afin de connaître l'existence d'autres obstacles au dépistage et à l'évaluation du risque de chute et d'autres stratégies possibles pour atténuer les obstacles et faciliter le processus. Un dernier rapport comportant le compte rendu des consultations avec les intervenants et des recommandations paraîtra au printemps 2023.

Tableau 1 : Facteurs entravant et facilitant le dépistage et l'évaluation du risque de chute

Catégorie	Facteurs entravant le processus/obstacles	Facteurs facilitant le processus/éléments favorables
Facteurs liés au patient	<p>Faible motivation de se soumettre à un dépistage et/ou à une évaluation en raison des craintes par rapport aux préjugés associés aux chutes et au vieillissement</p> <p>Aucune idée de la nature évitable des chutes (« les chutes font partie du processus normal de vieillissement »)</p> <p>Réticence à appliquer les recommandations formulées lors du dépistage et/ou de l'évaluation (p. ex., cesser la médication, utiliser un appareil fonctionnel)</p> <p>« Surabondance d'information » (patient inondé d'information et de recommandations lors du dépistage et/ou de l'évaluation)</p> <p>Facteurs cognitifs</p>	<p>Mener des campagnes d'information visant à sensibiliser à l'utilité du dépistage et/ou de l'évaluation et à « normaliser » le processus comme mesure préventive, et à retenir l'attention des membres de la famille</p> <p>Assouplir l'accès au dépistage et/ou à l'évaluation en offrant le service à toute heure du jour, tous les jours de la semaine</p> <p>Minimiser le temps nécessaire au dépistage et/ou à l'évaluation</p> <p>Assurer la satisfaction du patient par rapport aux mesures recommandées</p> <p>Diviser le dépistage et/ou l'évaluation en plusieurs rendez-vous</p> <p>S'assurer de la présence d'un membre de la famille ou d'une personne aidante lors du dépistage et/ou de l'évaluation pour faciliter la compréhension du diagnostic et/ou des conseils</p>

Catégorie	Facteurs entravant le processus/obstacles	Facteurs facilitant le processus/éléments favorables
<p>Facteurs liés au fournisseur de soins</p>	<p>Manque de temps pour procéder au dépistage et/ou à l'évaluation (l'obstacle le plus courant)</p> <p>Pertinence du dépistage et/ou de l'évaluation compte tenu des autres priorités à considérer pour la santé des patients</p> <p>Manque de connaissances et/ou de formation au sujet des processus de dépistage et/ou d'évaluation</p> <p>Aucune idée de la nature évitable des chutes (« les chutes font partie du processus normal de vieillissement »)</p> <p>Aucune connaissance des services de santé et communautaires vers lesquels aiguiller les patients par suite d'un dépistage et/ou d'une évaluation</p> <p>Difficultés à procéder au dépistage et/ou à l'évaluation et à faire le suivi des patients ayant des problèmes de santé multifactoriels et complexes</p> <p>Absence d'une approche structurée en matière de dépistage et/ou d'évaluation</p>	<p>Diviser le dépistage et/ou l'évaluation en plusieurs rendez-vous</p> <p>Déléguer les tâches requises pour l'évaluation à d'autres membres de l'équipe</p> <p>Créer des outils de dépistage et des guides de pratiques cliniques plus concis (réaction mitigée chez les répondants)</p> <p>Élargir l'accès aux cours et aux sources d'information sur les meilleures pratiques en matière de dépistage et/ou d'évaluation (p. ex., formation continue en pharmacothérapie offerte par le CEP)</p> <p>Mener des campagnes d'information visant à sensibiliser à l'utilité du dépistage et/ou de l'évaluation et visant à « normaliser » le processus comme mesure préventive</p> <p>Promouvoir les ressources des « carrefour d'information » pour l'aiguillage vers des services (p. ex., la lignesanté.ca)</p> <p>Promouvoir les ressources et/ou les services d'aide à l'intention des fournisseurs de soins primaires (p. ex., GeriMedRisk)</p> <p>Utiliser les outils de recherche et de rappels des dossiers médicaux électroniques pour recenser tous les patients de 65 ans et plus (ou un autre groupe), utiliser les outils d'évaluation des dossiers médicaux électroniques, le cas échéant (c.-à-d., outils du CEP/eCE sur les chutes pour le PS Suite DME de Telus)</p>

Catégorie	Facteurs entravant le processus/obstacles	Facteurs facilitant le processus/éléments favorables
Facteurs socio-environnementaux	<p>Accès au transport pour se rendre aux séances de dépistage et/ou d'évaluation</p> <p>Coût associé à l'application des recommandations liées au dépistage et/ou à l'évaluation (p. ex., installer des barres d'appui, se procurer un appareil fonctionnel) pour les aînés à faible revenu</p> <p>Barrières linguistiques et/ou culturelles</p> <p>Insuffisance des visites à domicile et du dépistage et/ou de l'évaluation en personne en raison de la pandémie et de la saison de la grippe</p> <p>« Surmenage » des fournisseurs de soins primaires du fait de la pandémie</p>	<p>Organiser des cliniques mobiles expressément pour les chutes, demander aux membres de la famille de s'occuper du transport, prévoir le transport adapté, demander aux services communautaires ou de visites à domicile de procéder à l'évaluation à la maison, utiliser les soins de santé virtuels pour mesurer certains aspects liés au dépistage (p. ex., « devez-vous appuyer sur les meubles ou le comptoir pour vous déplacer dans la maison? »)</p> <p>Faire connaître les programmes de soutien au revenu ou de subvention (p. ex., le Crédit d'impôt aux aînés pour la sécurité à domicile, le Programme d'appareils et d'accessoires fonctionnels de l'Ontario, la Marche des dix sous du Canada, Quipit, services locaux)</p> <p>S'assurer de la présence d'un membre de la famille ou d'une personne aidante lors du dépistage et/ou de l'évaluation pour faciliter la compréhension du diagnostic et/ou des conseils</p> <p>Explorer des façons de tirer parti de la pandémie pour promouvoir le dépistage et/ou l'évaluation (p. ex., attirer l'attention sur les facteurs de risque de chute comme le déconditionnement par suite de la pandémie)</p>

Catégorie	Facteurs entravant le processus/obstacles	Facteurs facilitant le processus/éléments favorables
Facteurs systémiques et organisationnels	<p>Accès au dépistage et/ou à l'évaluation limité à des heures et à des journées précises</p> <p>Temps d'attente interminable avant d'avoir accès aux cliniques et autres services spécialisés dans les chutes</p> <p>Insuffisance des ressources financières pour assurer le dépistage et/ou l'évaluation</p> <p>Insuffisance de la rémunération des médecins pour le dépistage et/ou l'évaluation</p> <p>Faible soutien organisationnel pour le dépistage et/ou l'évaluation (non considérés comme des priorités)</p> <p>Absence d'un dossier électronique du patient propre à permettre aux prestataires de services de santé de partager et/ou de coordonner l'information</p> <p>« Cloisonnement » du système de santé entravant la collaboration pluridisciplinaire nécessaire au dépistage et/ou à l'évaluation appropriée et au suivi des patients</p>	<p>Mettre en place des mesures comme des politiques d'affectation du personnel de santé afin d'accroître l'accès au dépistage et/ou à l'évaluation (p. ex., des quarts de soir ou de fin de semaine pour le personnel infirmier spécialisé en gestion des urgences gériatriques)</p> <p>Passer par GeriMedRisk et d'autres services comme mesure temporaire dans l'attente d'autres services</p> <p>Revoir les codes de facturation des médecins en matière de dépistage et/ou d'évaluation</p> <p>Mener des campagnes d'information visant à sensibiliser à l'utilité du dépistage et/ou de l'évaluation et à « normaliser » le processus comme mesure préventive</p>

Références bibliographiques

1. Williams-Roberts H, Arnold C, Kemp D, Crizzle A, Johnson S. Scoping Review of Clinical Practice Guidelines for Fall Risk Screening and Assessment in Older Adults across the Care Continuum. *Can J Aging*. 2021;40(2):206-223. doi:10.1017/S0714980820000112
2. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Empêcher les chutes et réduire les blessures associées (4e éd.) 2017 [En ligne]. Toronto (ON): RNAO; sept 2017. Récupéré le 16 oct 2021 du https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Empecher_les_chutes_-_Final_December_2017.pdf
3. Montero-Odasso M, van der Velde N, Alexander NB, et al. New horizons in falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 2021;50(5):1499-1507. doi:10.1093/ageing/afab076
4. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 2022;51(9):afac205. doi:10.1093/ageing/afac205.
5. Barmantloo LM, Dontje ML, Koopman MY, et al. Barriers and Facilitators for Screening Older Adults on Fall Risk in a Hospital Setting: Perspectives from Patients and Healthcare Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1461. Published 2020 Feb 25. doi:10.3390/ijerph17051461.
6. Gaboreau Y, Imbert P, Jacquet JP, Royer De Vericourt G, Couturier P, Gavazzi G. Barriers to and promoters of screening for falls in elderly community-dwelling patients by general practitioners: a large cross-sectional survey in two areas of France. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;65:85-91. doi:10.1016/j.archger.2016.03.002.
7. Chou WC, Tinetti ME, King MB, Irwin K, Fortinsky RH. Perceptions of physicians on the barriers and facilitators to integrating fall risk evaluation and management into practice. *J Gen Intern Med*. 2006;21(2):117-122. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00298.x
8. Davenport K, Cameron A, Samson M, Sri-On J, Liu SW. Fall Prevention Knowledge, Attitudes, and Behaviors: A Survey of Emergency Providers. *West J Emerg Med*. 2020;21(4):826-830. Published 2020 Jul 10. doi:10.5811/westjem.2020.4.43387
9. Ackermann, L, McKeon, M, Schaffer, M, and Sowles, S. Evaluation of barriers to administering evidence-based fall risk education and screening to older adult populations by healthcare providers. Omaha, NB: Creighton University, 2014 <https://dspace2.creighton.edu/xmlui/handle/10504/49975> Retrieved on November 28, 2022.
10. Koh SS, Manias E, Hutchinson AM, Donath S, Johnston L. Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:105. Published 2008 May 18.

doi:10.1186/1472-6963-8-105.

11. Milisen K, Geeraerts A, Dejaeger E; Scientific Working Party, Uniform Approach for Fall Prevention in Flanders. Use of a fall prevention practice guideline for community-dwelling older persons at risk for falling: a feasibility study. *Gerontology*. 2009;55(2):169-178. doi:10.1159/000165172.
12. Groupe de collaboration pour la prévention des chutes. Survey on fall prevention screening and assessment tool utilization in Ontario: summary of key findings. Toronto (ON): Fondation ontarienne de neurotraumatologie; 2021.
13. Hyndman, B. Dépistage et évaluation du risque de chutes chez les aînés : portrait des guides de pratique clinique de l'Ontario. Toronto (ON): Groupe de collaboration pour la prévention des chutes; oct 2022.
14. Centre for Effective Practice Fall Risk Screening/ Assessment Barriers and Enablers PowerPoint presentation for academic detailing training on fall prevention and management, 2021. Toronto: CEP.
15. Centre for Effective Practice. Primary care academic detailing service. <https://cep.health/academic-detailing/> Retrieved on November 29, 2022.
16. Seymour N (communication personnelle), pharmacienne, formatrice en pharmacothérapie, Centre for Effective Practice, 29 nov 2022.
17. Centre for Effective Practice. Academic detailing statistics on Fall prevention and management (tableaux de données dans Excel).
18. GeriMedRisk: a model for integrated care [En ligne]. Récupéré le 29 nov 2022 du <https://www.gerimedrisk.com/What-is-GeriMedRisk.htm> (en anglais)