

NORMES DE QUALITÉ

Chutes chez les adultes

Des soins dans
tous les contextes

MOIS 20XX

Table des matières

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Portée de cette norme de qualité

S'appuyer sur les orientations provinciales existantes

Remarque relative à la terminologie

Justification de la nécessité de cette norme

Énoncés de qualité pour améliorer les soins

Énoncé de qualité 1 : Identification du risque individuel de chute

Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète

Énoncé de qualité 3 : Interventions globales pour prévenir les chutes

Énoncé de qualité 4 : Programme d'exercices de prévention des chutes multicomposants

Énoncé de qualité 5 : Examen structuré des médicaments

Remerciements

Références

À propos de nous

À propos de Provincial Geriatrics Leadership Ontario

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Leur but est d'aider :

- Les patients, les familles et les partenaires de soins à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Les cliniciens à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients;
- Les planificateurs des services de santé à créer le cadre qui permettra aux organismes et aux cliniciens de fournir des soins de haute qualité.

Les normes de qualité et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario en collaboration avec les cliniciens, les patients et les partenaires de soins de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter QualityStandards@OntarioHealth.ca.

Pour plus d'informations sur notre programme, veuillez consulter [À propos des normes de qualité](#).

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur la prise en charge des adultes âgés de 18 ans et plus ayant fait une chute ou présentant un risque de chute, en mettant l'accent sur les personnes âgées de 65 ans et plus, et leurs partenaires de soins. Elle aborde les soins dispensés dans tous les établissements de soins de santé, notamment les soins actifs, les urgences, les soins primaires, le programme gériatrique régional, les soins de longue durée, les soins palliatifs et les autres structures de soins à domicile et communautaires, ainsi que l'orientation vers des soins spécialisés. Certains énoncés peuvent également s'appliquer aux soins dispensés en réadaptation, en soutien comportemental ou dans des établissements gériatriques spécialisés.

Cette norme de qualité ne traite pas de la prise en charge des comorbidités. Toutefois, elle peut être utilisée en complément des normes de qualité existantes de Santé Ontario pour répondre aux besoins des personnes ayant fait une chute ou présentant un risque de chute et souffrant de comorbidités telles que la démence (expériences vécues dans [les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée](#)¹ ou dans la [communauté](#)²), [le délire](#)³ ou [la fracture de la hanche](#)⁴, ainsi qu'aux besoins des personnes nécessitant [des soins palliatifs](#)⁵ ou [une prise en charge lors de la transition entre l'hôpital et la maison](#)⁶.

Une norme de qualité distincte traitant de la fragilisation chez les adultes est en cours d'élaboration.

S'appuyer sur les orientations provinciales existantes

Cette norme de qualité s'appuie sur le guide 2021 du Groupe de travail ontarien sur les pratiques exemplaires en matière de niveaux de soins alternatifs (NSA), intitulé [The Alternate Level of Care \(ALC\) Leading Practices Guide: Preventing Hospitalization and Extended Stays for Older Adults](#),⁷ et par le guide 2022 du Provincial Geriatrics Leadership Ontario, [Supporting Ontario Health Teams to Influence Alternate Level of Care: Leading Practices in Community-Based Early Identification, Assessment and Transition](#).⁸ Les énoncés de qualité s'alignent sur les meilleures pratiques des établissements de soins de longue durée afin d'éviter une désignation inutile et de prévenir les transitions tardives vers un cadre de soins approprié, ainsi que sur les meilleures pratiques des établissements de soins de longue durée pour les soins dispensés en milieu communautaire.

Cette norme de qualité complète et s'appuie également sur les lignes directrices ontariennes existantes en matière de soins aux personnes âgées, notamment les suivantes :

- L'approche « [Chez soi avant tout](#) » de Santé Ontario⁹
- L'initiative « [Soins adaptés aux aînés](#) » du Provincial Geriatrics Leadership Ontario¹⁰
- Le cadre des meilleures pratiques The [Rehabilitative Care for Older Adults Living With/At Risk of Frailty: From Frailty to Resilience](#) du Provincial Geriatrics Leadership Ontario et de l'Alliance des soins de réadaptation¹¹

Ces sources d'orientation soutiennent une approche coordonnée et intégrée visant à améliorer les soins, les expériences et les résultats pour les personnes âgées et leurs partenaires de soins. Elles renforcent également l'idée que des soins efficaces aux personnes âgées nécessitent une coordination entre de multiples parcours et contextes de soins plutôt qu'un seul secteur ou service. Conformément à cette approche, les énoncés de qualité de cette norme de qualité se concentrent sur les domaines identifiés comme ayant le plus grand potentiel d'amélioration des soins aux personnes ayant fait une chute ou présentant un risque de chute.

Remarque relative à la terminologie

Cette norme de qualité utilise le terme « partenaire de soins » pour décrire une personne non rémunérée, identifiée par la personne présentant un risque de chute, qui fournit des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un membre de la famille, un ami ou une autre personne de confiance. Bien que les personnes présentant un risque de chute puissent avoir diverses personnes dans leur vie qui prennent soin d'elles, il est important de ne pas supposer qu'une personne présentant un risque de chute a toujours un partenaire de soins pour la soutenir.

Lorsqu'il participe activement aux soins d'une personne, un partenaire de soins peut contribuer à la planification des soins et à la prise de décisions en accord avec les objectifs de soins de la personne; toutefois, sa disponibilité, sa capacité et son aptitude à apporter un soutien peuvent varier au fil du temps en raison de circonstances personnelles. Le système de santé est responsable de veiller à ce que les soutiens appropriés soient mis en place selon les besoins, afin que ni la personne recevant des soins ni ses partenaires de soins n'aient à compenser les lacunes des services.

Justification de la nécessité de cette norme

Une chute est un événement imprévu qui se produit lorsqu'une personne se retrouve, sans le vouloir, au sol ou sur une surface inférieure, avec ou sans blessure.¹ La fréquence des chutes augmente avec l'âge et constitue la principale cause d'hospitalisations liées à des blessures accidentelles évitables (85% des cas) chez les personnes âgées (âgées de 65 ans et plus) au Canada; les chutes sont également la principale cause de décès liés à des blessures accidentelles à l'échelle mondiale.¹⁻³ Environ 20% à 30% des personnes âgées au Canada déclarent faire une chute chaque année^{12,13}; toutefois, les chutes sont probablement sous-déclarées car de nombreuses personnes âgées ne signalent pas leurs chutes à leurs médecins, sauf si elles entraînent des blessures graves.¹⁴

En Ontario, en 2024, le taux de consultations aux urgences liées à des chutes chez les personnes âgées s'élevait à près de 6 000 chutes pour 100 000 habitants, et le taux d'hospitalisation était de près de 1 500 pour 100 000 habitants.¹⁵ La durée moyenne d'hospitalisation des personnes âgées victimes d'une chute est de 4 à 5 jours plus longue que celle des personnes hospitalisées pour des blessures, quelle qu'en soit la cause.¹⁶ Les personnes fragilisées sont plus susceptibles d'être hospitalisées à la suite d'une chute que les personnes non fragilisées, et la gravité de la fragilisation est un important facteur prédictif du risque de chute.¹⁷

Les chutes chez les personnes âgées sont le plus souvent le résultat d'une interaction complexe de facteurs biologiques, comportementaux, environnementaux et socio-économiques.¹⁴ Les chutes chez les personnes âgées entraînant des blessures graves résultent généralement d'interactions entre des facteurs à long terme liés à l'âge – tels que le déclin fonctionnel des réseaux neuronaux et des structures sensorielles, cognitives ou musculo-squelettiques – et des facteurs à court terme – tels que les trébuchements, les maladies aiguës ou les réactions indésirables aux médicaments.¹⁴

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

Outre l'âge avancé, le risque de chute est plus élevé chez les personnes ayant des antécédents de chutes, chez les femmes et chez celles présentant des comorbidités telles que l'incontinence, la maladie de Parkinson, l'arthrite, le diabète et les douleurs chroniques.¹⁶ Les chutes sont associées à des conséquences négatives sur la santé telles que la perte d'autonomie, l'isolement, la réduction des capacités cognitives et de la mobilité, et la dépression.¹⁸

Énoncés de qualité pour améliorer les soins

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes ayant déjà fait une chute ou présentant un risque de chute.

Énoncé de qualité 1 : Identification du risque individuel de chute

Les personnes à risque de chute font l'objet d'une identification individuelle de leur risque de chute à intervalles réguliers lors de leurs consultations médicales.

Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète

Les personnes présentant un risque élevé de chute, notamment toutes les personnes âgées hospitalisées, se voient proposer une évaluation multifactorielle complète. L'évaluation est réalisée par une équipe de soins interprofessionnelle et sert à l'élaboration d'un plan de soins individualisé.

Énoncé de qualité 3 : Interventions globales pour prévenir les chutes

Les personnes à risque de chute bénéficient d'interventions personnalisées et multicomposantes. Un plan de soins individualisé est élaboré en collaboration et partagé avec la personne, ses partenaires de soins et son équipe de soins interprofessionnelle. Le plan prend en compte le risque de chute identifié lors de l'évaluation complète. Il comprend également des formations sur la prévention des chutes, des interventions pour prévenir les blessures et les fractures, et des orientations vers les niveaux appropriés de soutien à la réadaptation, selon les besoins.

Énoncé de qualité 4 : Programme d'exercices de prévention des chutes multicomposants

Les personnes à risque de chute sont accompagnées dans leur participation à un programme d'exercices de prévention des chutes individualisé et multicomposant. La fréquence du programme d'exercices est déterminée en collaboration avec la personne et ses partenaires de soins. Les exercices sont progressifs et adaptés au risque de chute, aux objectifs de soins, aux capacités et au fonctionnement de chaque personne.

Énoncé de qualité 5 : Examen structuré des médicaments

Les personnes qui présentent un risque de chute bénéficient d'un examen structuré de leur traitement médicamenteux afin d'identifier la polymédication et l'utilisation de médicaments augmentant le risque de chute. Les avantages et les risques de chaque médicament sont évalués et discutés avec la personne et ses partenaires de soins. Une décision partagée est prise pour réduire, modifier ou interrompre progressivement les traitements médicamenteux, selon les besoins.

Énoncé de qualité 1 : Identification du risque individuel de chute

Les personnes à risque de chute font l'objet d'une identification individuelle de leur risque de chute à intervalles réguliers lors de leurs consultations médicales.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2025¹⁹ | Registered Nurses' Association of Ontario, 2017²⁰ | World Guidelines for Falls Prevention and Management for Older Adults, 2022¹⁴

Définitions

Risque de chute : Inclut tous les adultes âgés de 65 ans et plus, ainsi que ceux qui déclarent avoir peur de tomber, qui ont des antécédents de chutes ou de quasi-chutes, ou qui ont des troubles de la marche, de l'équilibre ou de la mobilité.^{14,19,20}

Risque individuel de chute : Les personnes sont classées comme présentant un risque faible, intermédiaire ou élevé de chute en fonction des facteurs suivants :

- Risque faible : aucun antécédent de chute *ou* une seule chute sans gravité n'ayant entraîné ni blessure ni altération de la marche ou de l'équilibre¹⁴
- Risque intermédiaire : antécédent d'une chute unique non grave n'ayant pas entraîné de blessure, mais ayant provoqué des troubles de la marche ou de l'équilibre¹⁴
- Risque élevé : Fragilité sous-jacente^{14,20}; *ou* des antécédents de 2 chutes ou plus au cours des 12 derniers mois et une vitesse de marche inférieure à 0,8 m/s,¹⁴ un mauvais équilibre ou une mobilité réduite¹⁴; *ou* répondant à 1 ou plusieurs des critères suivants :
 - Se présenter à l'hôpital avec une blessure liée à une chute ou nécessiter un traitement médical ou chirurgical pour une chute^{14,20}
 - Peur de tomber auto-déclarée ou changement de comportement dû à la peur de tomber (par exemple, éviter certaines activités)¹⁴
 - Antécédent d'incapacité à se relever après une chute sans aide pendant au moins 1 heure¹⁴
 - Syncope ou antécédent de perte de conscience après une chute^{14,19,20}
 - Actuellement hospitalisé (par exemple, une personne âgée admise à l'hôpital suite à une chute grave ou souffrant d'une maladie aiguë, de délire ou de démence)¹⁴
 - Multimorbidité (par exemple, troubles cognitifs)^{14,19,20}
 - Vivre dans un foyer de soins de longue durée¹⁴
 - Fractures antérieures^{14,19,20}

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

Des outils de prédiction des risques tels que le [test Timed Up and Go \(TUG\)](#) peuvent être utilisés pour évaluer le risque de chute.¹⁴

Les personnes identifiées comme étant à *haut risque* devraient bénéficier d'une évaluation complète (voir l'énoncé de qualité 2).

Identifié : Cela implique que les cliniciens demandent aux personnes si elles ont fait une chute au cours des 12 derniers mois, l'utilisation du jugement clinique et la stratification des risques (voir la définition du *risque individuel de chute*).^{14,19,20} Tout clinicien peut procéder à l'identification.

Intervalles réguliers : Au moins une fois par an et après tout changement important de l'état de santé.^{14,19}

Consultations médicales : Comprend les consultations initiales et les visites de soins primaires de routine et les soins à domicile, les évaluations des visites aux urgences et des admissions à l'hôpital (quel que soit le problème présenté), ainsi que les consultations liées à un changement majeur de l'état de santé ou à des changements sociaux.^{14,19,20}

Justification

Environ 20% à 30% des personnes âgées de 65 ans et plus vivant au Canada ont au moins 1 chute chaque année.¹³ Le risque de chute et de blessure grave qui en résulte augmente avec l'âge.¹³ Étant donné que les chutes sont probablement sous-déclarées par les personnes âgées, les cliniciens devraient identifier les personnes susceptibles de chuter à chaque occasion et leur fournir le soutien approprié au besoin.^{14,19,20}

Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète

Les personnes présentant un risque élevé de chute, notamment toutes les personnes âgées hospitalisées, se voient proposer une évaluation multifactorielle complète. L'évaluation est réalisée par une équipe de soins interprofessionnelle et sert à l'élaboration d'un plan de soins individualisé.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2025¹⁹ | Registered Nurses' Association of Ontario, 2017²⁰ | World Guidelines for Falls Prevention and Management for Older Adults, 2022¹⁴

Définitions

Risque élevé de chutes : Voir la définition dans la déclaration de qualité 1.

Évaluation multifactorielle complète : Une évaluation structurée des facteurs de risque modifiables et non modifiables d'une personne dans de multiples domaines afin de comprendre les mécanismes des chutes précédentes et de la chute actuelle et de prévenir les chutes futures.¹⁴ L'évaluation complète peut être réalisée par étapes et effectuée par le clinicien le plus approprié, une équipe de soins interprofessionnels ou des services gériatriques spécialisés, en fonction des domaines évalués (consensus du comité consultatif).

Les domaines d'une évaluation multifactorielle complète comprennent :

- Une évaluation des circonstances de la chute la plus récemment signalée (par exemple, une chute lors d'une activité de routine)^{14,20}
- Une évaluation des fonctions physiques (mobilité, équilibre, démarche, force musculaire, problèmes de pieds), sensorielles (vertiges, vision, audition), cognitives, autonomes et psychologiques^{14,20}
- Une revue structurée des médicaments (voir l'énoncé de qualité 5)^{14,19,20}
- Une évaluation des perceptions et de la peur de tomber à l'aide d'un outil validé tel que [l'échelle internationale d'efficacité face aux chutes \(FES-I\) ou la version courte FES-I](#)¹⁴
- Une évaluation de la présence de problèmes de santé chroniques tels que l'arthrite, la démence, le diabète, l'ostéoporose ou la maladie de Parkinson^{14,19,20}
 - Pour plus d'informations sur les soins aux personnes atteintes d'arthrite (en particulier d'arthrose), de démence ou de diabète, consultez les normes de qualité sur [l'arthrose](#),²¹ [la démence](#),² [le diabète de type 1](#),²² ou [le diabète de type 2](#)²³ de Santé Ontario.

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

- Une évaluation de la présence d'autres affections comorbides telles que les maladies cardiovasculaires ou les troubles neurocognitifs^{14,19,20}
- Une évaluation de la présence de tout risque environnemental pertinent^{14,19,20}
- Une évaluation des facteurs liés au mode de vie et aux facteurs sociaux pertinents, notamment l'alimentation, l'apport en protéines et en nutriments, et la supplémentation en vitamine D^{14,19,20}
- Une évaluation du risque de fracture, des antécédents de fracture de la hanche ou de la colonne vertébrale et de la santé osseuse^{14,20}
 - Pour plus d'informations sur les soins aux personnes souffrant d'une fracture de la hanche, consultez la norme de qualité sur les [fractures de la hanche](#) de Santé Ontario.⁴

Équipe de soins interprofessionnelle : L'équipe comprend au minimum plus d'un clinicien spécialisé dans la gestion des chutes ou les soins gériatriques. L'équipe peut également comprendre des infirmières et des infirmières spécialisées en gériatrie d'urgence, des kinésiologues, des diététiciens agréés, des travailleurs sociaux, des gestionnaires de cas en soins à domicile et communautaires, des professionnels paramédicaux, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des cliniciens en soutien comportemental et des cliniciens spécialisés dans les soins aux personnes âgées.^{3,24-26}

Plan de soins individualisé : Un plan élaboré en collaboration avec la personne recevant les soins et ses partenaires de soins. Il repose sur les résultats d'une évaluation multifactorielle complète et sur l'état de fragilisation de la personne. Le plan est adapté au contexte de soins; il tient compte des objectifs, des préférences, de la situation, des besoins et des capacités de la personne; et il est accessible à la personne soignée et à ses partenaires de soins. Il est régulièrement revu et mis à jour, avec un suivi répété tous les 6 mois, ou plus tôt en cas de détérioration rapide, et après tout changement majeur de l'état de santé. Les éléments du plan de soins peuvent comprendre :

- Une revue structurée des médicaments (voir l'énoncé de qualité 5)^{14,19,20}
- Une évaluation de la sécurité du domicile et des conseils sur la manière d'éliminer les dangers à domicile^{14,19,20}
- Une formation sur les stratégies de prévention des chutes (voir l'énoncé de qualité 4)^{14,19,20}
- Des recommandations concernant l'utilisation appropriée de dispositifs tels que les protections de hanche²⁰
- Des exercices adaptés aux besoins, aux préférences et aux capacités de la personne (voir l'énoncé de qualité 4)^{14,19,20}
- Une évaluation de la nutrition et du mode de vie^{14,20}

Pour plus d'informations sur les soins aux personnes fragilisées ou présentant un risque de fragilisation, consultez la norme de qualité sur la [fragilisation](#) de Santé Ontario.²⁷

Justification

En Ontario, les chutes représentent 67% des cas d'hospitalisation liés à des blessures chez les adultes âgés de 65 à 74 ans et 81% de ces hospitalisations chez les personnes âgées de 75 ans et plus.¹³ Bien que fréquentes, les chutes sont largement évitables et résultent de multiples facteurs de risque interagissant, tels que la fragilisation et d'autres affections comorbides, la nutrition et le mode de vie, la santé osseuse et musculaire et les déficiences sensorielles.^{14,19,20} Des chutes récurrentes (2 ou plus en 12 mois)¹⁴ accélèrent le déclin fonctionnel et augmentent les risques de mortalité, soulignant l'importance d'identifier et d'atténuer les facteurs de risque de chute.²⁸

Énoncé de qualité 3 : Interventions globales pour prévenir les chutes

Les personnes à risque de chute bénéficient d'interventions personnalisées et multicomposantes. Un plan de soins individualisé est élaboré en collaboration et partagé avec la personne, ses partenaires de soins et son équipe de soins interprofessionnelle. Le plan prend en compte le risque de chute identifié lors de l'évaluation complète. Il comprend également des formations sur la prévention des chutes, des interventions pour prévenir les blessures et les fractures, et des orientations vers les niveaux appropriés de soutien à la réadaptation, selon les besoins.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2025¹⁹ | Registered Nurses' Association of Ontario, 2017²⁰ | World Guidelines for Falls Prevention and Management for Older Adults, 2022¹⁴ | World Health Organization, 2017²⁶

Définitions

Interventions multicomposantes : Une combinaison de 2 interventions ou plus ciblant les facteurs de risque de chute d'une personne et mises en œuvre par une équipe de soins interprofessionnels.¹⁴ Les interventions sont adaptées à l'état de santé de la personne, aux objectifs de soins et au contexte des soins. Par exemple :

- Des interventions pour gérer la fragilisation
 - Pour plus d'informations sur les soins aux personnes fragilisées ou présentant un risque de fragilisation, consultez la norme de qualité sur la [fragilisation](#) de Santé Ontario.²⁷
- Des exercices visant à maintenir ou à améliorer la fonction physique, la force musculaire, l'équilibre et la santé osseuse, y compris des programmes d'exercices à domicile et en milieu communautaire (voir l'énoncé de qualité 4)^{14,19,20,26}
- Une revue structurée des médicaments et l'annulation de la prescription de médicaments lorsque cela est approprié (voir l'énoncé de qualité 5)^{14,19,20,26}
- Des modifications de sécurité domestique et environnementale^{14,19,20,26}
- Un soutien visuel et auditif au besoin^{14,19}

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

- La prise en charge des comorbidités sous-jacentes (par exemple, le traitement approprié des troubles vestibulaires)¹⁻³
- Une évaluation des besoins d'aide à la mobilité et dispositifs d'assistance, y compris leur ajustement approprié et la formation à leur utilisation en toute sécurité^{14,19,20}
- Un plan de soins nutritionnels individualisé, qui peut inclure²⁹ :
 - Un apport en calcium et une supplémentation en vitamine D pour la santé osseuse^{14,19}
 - Des modifications du régime alimentaire (par exemple, le régime méditerranéen pour gérer à la fois la fragilisation et le risque de chutes^{30,31})
 - Des changements de mode de vie, notamment la réduction de la consommation d'alcool, sont nécessaires^{14,19}
- Fournir des aides à l'autogestion (par exemple, des moyens de minimiser les risques de chute, en donnant à la personne les moyens de participer activement aux décisions concernant sa santé)
- Une orientation vers les services et soutiens de réadaptation communautaires appropriés
- Pour les personnes ayant des besoins complexes, une orientation vers des spécialistes appropriés, y compris des services gériatriques spécialisés au besoin¹⁴

Les interventions sont rendues accessibles à la personne qui reçoit les soins. Elles sont réévaluées tous les 30 à 90 jours – ou plus fréquemment, selon l'état de santé de la personne – afin d'évaluer leur efficacité et d'apporter les ajustements nécessaires.

Plan de soins individualisé : Voir la définition dans l'énoncé de qualité 2.

Équipe de soins interprofessionnelle : Voir la définition dans l'énoncé de qualité 2.

Des formations : Toutes les personnes qui présentent un risque de chute reçoivent une formation sur la prévention des chutes, associée à des interventions visant à prévenir ces chutes. Le contenu pédagogique est adapté à l'état de santé de la personne, à ses objectifs de soins, à ses besoins, à ses préférences et au contexte de soins. Il est diffusé sous différents formats, notamment oral, écrit et électronique.²⁰ Les sujets abordés peuvent inclure :

- Les facteurs de risque de chute personnels et les stratégies d'autogestion¹⁻³
- Des changements de mode de vie dans des domaines tels que l'exercice physique et le bien-être, une alimentation appropriée, la supplémentation en vitamine D et la réduction des comportements à risque¹⁻³
- La sécurité à domicile : comment identifier et éliminer les dangers domestiques, comment réduire les risques de blessures dues aux chutes et que faire après une chute pour limiter les conséquences^{14,19,26}

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

- Une utilisation des médicaments et effets secondaires des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chutes
- Soutien aux partenaires de soins

Interventions pour prévenir les blessures et les fractures : Les interventions peuvent comprendre :

- Prise en charge de l'ostéoporose basée sur l'évaluation des risques²⁰
- Interventions diététiques et autres stratégies pour maintenir et optimiser la santé osseuse²⁰
- Protections de hanche pour les adultes à haut risque de fracture de la hanche, si elles sont conformes aux objectifs de soins de la personne²⁰
- Programme d'exercices progressifs à composantes multiples (voir l'énoncé de qualité 4)²⁰

Niveaux appropriés de soutien à la réadaptation : Des accompagnements personnalisés et progressifs, fondés sur les objectifs de soins et le niveau de fonctionnement actuel de la personne, afin de maintenir ou de rétablir son niveau optimal de fonctionnement physique, cognitif, émotionnel et social.¹¹

Justification

L'identification du risque individuel de chute d'une personne, combinée à la mise en œuvre rapide d'interventions à composantes multiples personnalisées, peut réduire le risque de chutes et de blessures liées aux chutes.³² Les données issues d'études systématiques montrent que les interventions à composantes multiples visant à prévenir les chutes sont associées à un taux de chutes plus faible dans les milieux communautaires et de soins de longue durée que dans les milieux qui ne mettent pas en œuvre de telles interventions.^{33,34}

Énoncé de qualité 4 : Programme d'exercices de prévention des chutes multicomposants

Les personnes à risque de chute sont accompagnées dans leur participation à un programme d'exercices de prévention des chutes individualisé et multicomposant. La fréquence du programme d'exercices est déterminée en collaboration avec la personne et ses partenaires de soins. Les exercices sont progressifs et adaptés au risque individuel de chute, aux objectifs de soins, aux capacités et au fonctionnement de chaque personne.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2025¹⁹ | Registered Nurses' Association of Ontario, 2017²⁰ | World Guidelines for Falls Prevention and Management for Older Adults, 2022¹⁴ | World Health Organization, 2017²⁶

Définitions

Programme d'exercices de prévention des chutes individualisé et multicomposant : Une combinaison d'ensembles d'activités physiques planifiés, structurés et répétitifs combinant (1) un entraînement de force et d'équilibre pour la prévention des chutes et (2) un entraînement aérobique et fonctionnel pour traiter la fragilisation sous-jacente.¹⁴ Le programme d'exercices est conçu pour réduire le risque de chute, favoriser la récupération après une chute et traiter les comorbidités telles que la fragilisation sous-jacente.^{14,20} Il est dispensé par un professionnel qualifié, tel qu'un physiologiste de l'exercice certifié, un kinésologue agréé ou un physiothérapeute ou ergothérapeute agréé (consensus du comité consultatif). Parmi les exercices de prévention des chutes, on peut citer le tai-chi et l'entraînement progressif en résistance ciblant la force des membres inférieurs et l'équilibre.¹⁴ Les exercices sont sûrs et significatifs pour la personne, adaptés à sa culture et conformes à ses objectifs de soins et à ses préférences.²⁰

Fréquence : Afin d'améliorer l'observance et d'optimiser les résultats, la fréquence des séances du programme d'exercices est établie en collaboration avec la personne recevant les soins et ses partenaires de soins.^{35,36} Pour les personnes présentant un risque élevé de chutes, cela comprend des séances proposées trois fois par semaine ou plus, axées sur des exercices d'équilibre et fonctionnels.¹⁴

Il est recommandé à tous les adultes plus âgés de pratiquer (1) des exercices d'équilibre progressifs et fonctionnels; (2) des exercices de renforcement des os et des muscles au moins deux fois par

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

semaine; et (3) une activité aérobique vigoureuse modérée totalisant au moins 150 minutes par semaine.^{37,38}

Progressif : Les exercices peuvent être commencés à faible intensité pour les personnes qui débutent en sport. Les exercices sont régulièrement revus et leur intensité est augmentée progressivement afin de maintenir un niveau de défi optimal pour la personne prise en charge, tout en garantissant sa sécurité.^{14,20}

Risque individuel de chute : Les personnes sont identifiées comme présentant un risque faible, intermédiaire ou élevé, conformément à la définition de l'énoncé de qualité 1. Les programmes d'exercices sont adaptés au risque individuel de chute comme suit :

- *Toutes les personnes présentant un risque de chute* reçoivent une formation sur l'importance de l'exercice physique et sont encouragées à participer à des exercices de prévention des chutes et à un entraînement fonctionnel pour maintenir ou améliorer leur équilibre et leur force osseuse et musculaire.¹⁴
- Les personnes présentant *un risque intermédiaire* sont encouragées à participer à des programmes de réadaptation interprofessionnels. Ils reçoivent un plan de prise en charge complet comprenant un programme d'exercices ciblés, ou ils sont orientés vers la physiothérapie pour améliorer leur équilibre et leur force musculaire.¹⁴
- Les personnes à *haut risque* sont encouragées à participer à des programmes de réadaptation interprofessionnels. Ils reçoivent un plan de prise en charge complet comprenant un programme d'exercices personnalisé et supervisé qui tient compte de leurs risques spécifiques; ce programme est dispensé par un professionnel de l'exercice certifié (par exemple, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un kinésiologue).¹⁴
 - La prudence est de mise lorsqu'on recommande des exercices aux personnes présentant un risque élevé de fracture. (Pour plus d'informations sur les soins aux personnes souffrant d'une fracture de la hanche, consultez la norme de qualité sur les [fractures de la hanche](#) de Santé Ontario.⁴⁾

Justification

Les programmes d'exercices multicomposants conçus pour maintenir ou améliorer l'équilibre, la force et la fonction réduisent considérablement le taux de chutes chez les adultes à risque.³⁹ L'exercice physique peut également améliorer la confiance en soi et l'autonomie générales et réduire la peur de tomber.³⁹ Cependant, les résultats de l'Enquête canadienne sur la santé dans les collectivités de 2023 montrent que l'activité physique diminue avec l'âge et que seulement environ 40% des personnes âgées pratiquent la quantité d'exercice hebdomadaire recommandée.⁴⁰

Énoncé de qualité 5 : Examen structuré des médicaments

Les personnes qui présentent un risque de chute bénéficient d'un examen structuré de leur traitement médicamenteux afin d'identifier la polymédication et l'utilisation de médicaments augmentant le risque de chute. Les avantages et les risques de chaque médicament sont évalués et discutés avec la personne et ses partenaires de soins. Une décision partagée est prise pour réduire, modifier ou interrompre progressivement les traitements médicamenteux, selon les besoins.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2025¹⁹ | Registered Nurses' Association of Ontario, 2017²⁰ | World Guidelines for Falls Prevention and Management for Older Adults, 2022¹⁴ | World Health Organization, 2017²⁶

Définitions

Examen structuré des médicaments : Les cliniciens utilisent un outil et une approche d'évaluation validés et structurés pour établir un historique médicamenteux et pour identifier et ajuster de manière proactive tout médicament prescrit de manière inappropriée ou tout médicament en vente libre inapproprié susceptible d'augmenter le risque de chute d'une personne.^{19,41} Cet examen est réalisé annuellement, lors de la prescription de nouveaux médicaments et après tout changement important de l'état de santé.^{19,41} L'analyse des médicaments doit être effectuée par un clinicien ayant reçu la formation appropriée en matière d'utilisation des médicaments ou être confiée à un pharmacien ou à des services gériatriques spécialisés. Les cliniciens qui prennent soin des personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée procèdent à une dé-prescription rationnelle des médicaments augmentant le risque de chute (FRID) avec leurs patients.¹⁴

Parmi les outils structurés d'analyse des médicaments, on peut citer STOPPFall (outil de dépistage des prescriptions chez les personnes âgées présentant un risque élevé de chute) et STEADI (prévention des accidents, décès et blessures chez les personnes âgées).¹⁴

Polymédication : L'utilisation concomitante de plusieurs médicaments.

Médicaments augmentant le risque de chute : Médicaments qui augmentent le risque de chute chez les personnes âgées.⁴² Ces médicaments agissent généralement sur le système cardiovasculaire ou le système nerveux central. Les catégories courantes des médicaments qui augmentent le risque de chute comprennent :

- Anticonvulsivants et antiépileptiques⁴²
- Antidépresseurs^{14,42}
- Médicaments cardiovasculaires (par exemple, antiarythmiques, antihypertenseurs, diurétiques)^{14,42}
- Opioïdes et analgésiques^{14,42}
- Médicaments psychotropes (par exemple, benzodiazépines, sédatifs-hypnotiques)^{14,42}

Avantages et risques de chaque médicament : Outre la prise en compte des préférences de la personne soignée, les avantages et les risques des médicaments sont soigneusement évalués avant d'initier un nouveau traitement ou de modifier la posologie des médicaments existants.⁴¹ Les risques associés aux FRID sont discutés avec la personne recevant les soins, notamment quant à la pertinence d'une réduction de dose ou d'un arrêt du traitement. Les médicaments dont les avantages sont supérieurs au risque de chute ne doivent pas être interrompus.⁴¹

Justification

L'utilisation de plusieurs médicaments est associée à un risque accru de blessures liées aux chutes, tant en milieu communautaire qu'hospitalier.^{43,42} Une étude de 2024 a révélé que jusqu'à 84% des adultes hospitalisés après une chute utilisaient plusieurs médicaments – dont au moins 1 FRID chez 92% de ces patients.⁴⁴ Par conséquent, la prise de médicaments constitue un facteur de risque majeur et modifiable chez les personnes présentant un risque de chute, et des bilans médicamenteux structurés sont essentiels pour réduire considérablement ce risque.^{43,42}

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario et Provincial Geriatrics Leadership Ontario remercient les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité :

Jo-Anne Clarke (coprésidente)

Directrice médicale, Centre gériatrique spécialisé du Nord-Est

Sid Feldman(coprésident)

Professeur agrégé et chef de la Division des soins aux personnes âgées, Université de Toronto; chef du service de médecine familiale et communautaire, Baycrest Health Sciences; président du Groupe d'intérêt des membres sur les soins aux personnes âgées, Collège des médecins de famille du Canada

Manuel Montero-Odasso(coprésident)

Professeur d'épidémiologie et de biostatistique à l'Université Western; Directeur, Gait and Brain Lab, Parkwood Institute

Priyank Bhatnagar

Médecin responsable des urgences et des soins aux personnes âgées, Hôpital général de North York

Kathy Borthwick

Conseillère ayant une expérience vécue

Veronique Boscart

Directeur scientifique, Système de santé William Osler

Eric Brown

Chef adjoint, psychiatrie gériatrique, Centre de toxicomanie et de santé mentale

William Eastway

Conseillère ayant une expérience vécue

Sabeen Ehsan

Directrice, Qualité et Planification, Réseau de soins aux aînés

Pamela Fuselli

Président et Directeur général, Parachute

Nicole Gallagher

Responsable régional de la qualité clinique, Centre gériatrique spécialisé du Nord-Est

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

Lora Giangregorio

Chaire de recherche Schlegel sur la mobilité et le vieillissement, Institut de recherche Schlegel-Université de Waterloo sur le vieillissement; professeur, Département de kinésiologie, Université de Waterloo

George Heckman

Chaire de recherche Schlegel en médecine gériatrique, Institut de recherche Schlegel-UW sur le vieillissement; professeur agrégé, Département des études de la santé et de la gériatrie, Université de Waterloo

Allen Huang

Spécialiste en gériatrie, Hôpital d'Ottawa; professeur de médecine, Université d'Ottawa; directeur médical, Programme régional de gériatrie de l'Est de l'Ontario

Annika Kalviainen

Évaluateur gériatrique, Centre de soins continus St. Joseph

Heather Keller

Chaire de recherche Schlegel en nutrition et vieillissement, Institut de recherche Schlegel-UW sur le vieillissement; Professeur, Département de kinésiologie et des sciences de la santé, Université de Waterloo

Hans Kreder

Professeur de chirurgie orthopédique et de politiques, de gestion et d'évaluation de la santé à l'Université de Toronto; Scientifique, Sciences cliniques évaluatives, Centre des sciences de la santé Sunnybrook

Robert Lam

Médecin de famille, soins aux personnes âgées, clinique du réseau d'évaluation et d'intervention gériatriques Carefirst

Barbara Liu

Gériatre, Centre des sciences de la santé Sunnybrook; Directrice générale, Programme régional de gériatrie de Toronto

Stuart Lord

Conseillère ayant une expérience vécue

Avril Mansfield

Scientifique principal, Institut de recherche KITE; kinésiologue, Réseau universitaire de santé

Jacqueline Mines

Responsable des soins aux patients, Centre des sciences de la santé Sunnybrook

Marie Anne Monahan

Médecin du personnel, Soins aux personnes âgées, Bruyere Health

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

Alexandra Papaioannou

Spécialiste en gériatrie; directrice générale du Centre de recherche sur le vieillissement GERAS, Hamilton Health Sciences; professeure de médecine à l'Université McMaster

Tejal Patel

Spécialiste Schlegel en gestion des médicaments et vieillissement, Institut de recherche Schlegel-UW sur le vieillissement; professeur agrégé de clinique, École de pharmacie, Université de Waterloo

Danielle Petruccelli

Directeur du programme régional de gériatrie Centre

Marion Quigley

Conseillère ayant une expérience vécue

Benoît Robert

Médecin traitant, soins primaires, Centre de médecine familiale de Greenboro

Gabrielle Sadler

Chef de projet et physiothérapeute, Rehab Care Alliance

Christina Stergiou-Dayment

Chef des programmes et des opérations cliniques, Société Alzheimer de l'Ontario

Shirin Vellani

Chef des pratiques professionnelles et de la qualité (infirmière praticienne), Centre de gériatrie Yee Hong

Jennifer Watt

Scientifique, Réseau universitaire de santé; gériatre, Hôpital St. Michael; chercheur associé, Institut des sciences évaluatives cliniques; professeur adjoint, Département de médecine, Université de Toronto

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

Nous remercions également les personnes suivantes pour leur contribution à l'élaboration de cette norme de qualité :

Dana Corsi

Détaché(e), Capacité et performance du secteur, Santé Ontario

Carrie Heer

Infirmière praticienne, Système de santé communautaire de Brant, Association des infirmières praticiennes de l'Ontario

Katie Hood

Responsable, Capacité, accès et flux, Santé Ontario

Kelly Kay

Directrice générale, Provincial Geriatrics Leadership Ontario

Heather MacLeod

Directrice des programmes et des partenariats, Provincial Geriatrics Leadership Ontario

Emily Norcliffe

Infirmière praticienne spécialisée en gériatrie, Halton Healthcare; étudiante au doctorat en sciences infirmières, Université de Toronto

Cindy Payne

Directrice des soins à domicile et en milieu communautaire, Santé Ontario à domicile

Candice Tam

Responsable, Programmes d'information ANS et SDMC, Capacité et performance du secteur, Santé Ontario

Lora VanBerlo

Directeur provincial des soins palliatifs Programmes – II, Santé Ontario

Santé Ontario remercie également toutes les personnes qui ont contribué lors de la phase de rétroaction publique de ces normes de qualité.

Références

- (1) Ontario Health. Behavioural symptoms of dementia: care for people in hospitals and long-term care homes [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=behavioural-symptoms-dementia>
- (2) Ontario Health. Dementia: care for people living in the community [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=dementia>
- (3) Ontario Health. Delirium: care for adults [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=delerium>
- (4) Ontario Health. Hip fracture: care for people with fragility fractures [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://www.ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=hip-fracture>
- (5) Ontario Health. Palliative care: care for adults with a serious illness [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=palliative-care>
- (6) Ontario Health. Transitions between hospital and home: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2026 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=transitions-hospital-home>
- (7) Ontario Health. The alternate level of care (ALC) leading practices guide: preventing hospitalization and extended stays for older adults [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2025 Nov 13]. Available from: <https://www.ontariohealth.ca/content/dam/ontariohealth/documents/alc-leading-practices-guide.pdf>
- (8) Provincial Geriatrics Leadership Ontario. Supporting Ontario Health Teams to influence alternate level of care: leading practices in community-based early identification, assessment and transition [Internet]. Hamilton (ON): Provincial Geriatrics Leadership Ontario; 2022 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://geriatricsontario.ca/wp-content/uploads/2023/06/2022-April-1-ALC-Community- -FINAL.pdf>
- (9) Ontario Health. Operational direction: Home First [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2025 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://www.ontariohealth.ca/news/operational-direction-home-first>
- (10) Provincial Geriatrics Leadership Ontario. Senior friendly care (sfCare): provincial initiative [Internet]. Hamilton (ON): Provincial Geriatrics Leadership Ontario; n.d. [cited 2026 Apr]. Available from: <https://geriatricsontario.ca/initiatives/sfcare/>
- (11) Provincial Geriatrics Leadership Ontario, Rehabilitative Care Alliance. Rehabilitative care for older adults living with/at risk of frailty: from frailty to resilience [Internet]. Hamilton (ON): Provincial Geriatrics Leadership Ontario and Rehabilitative Care Alliance; 2021 [last updated 2024] [cited 2026 Apr]. Available from: <https://rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2022/10/Rehab for Older Adults Living with Frailty Framework.pdf>
- (12) World Health Organization. Falls [Internet]. Geneva: The Organization; 2021 [cited 2025 Oct]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls/>

- (13) Public Health Ontario. Prioritization of older adult fall prevention indicators in Ontario [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2022 [cited 2026 Apr]. Available from: https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/P/2022/prioritization-older-adult-fall-prevention-indicators-ontario.pdf?sc_lang=en&rev=e415b96bfa5245659f87af3787d59115&hash=7BC0127F81F26DC70C75FDA3E9C869C
- (14) Montero-Odasso M, Van Der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 2022;51(9):afac205.
- (15) Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Hospitalizations for injuries snapshot (2011-2019) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2022 Mar 31 [cited 2026 Jan]. Available from: <https://www.publichealthontario.ca/en/Data-and-Analysis/Injuries-Data/Injury-Hospitalization>
- (16) Public Health Agency of Canada. Surveillance report on falls among older adults in Canada [Internet]. Ottawa (ON): The Agency; 2024 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/surveillance-report-falls-older-adults-canada.html>
- (17) Hatcher VH, Galet C, Lilienthal M, Skeete DA, Romanowski KS. Association of clinical frailty scores with hospital readmission for falls after index admission for trauma-related injury. *JAMA Netw Open*. 2019;2(10):e1912409.
- (18) Public Health Agency of Canada. Seniors' falls in Canada: second report [Internet]. Ottawa (ON): The Agency; 2014 [cited 2025 Oct]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/seniors-falls-canada-second-report.html>
- (19) National Institute for Health and Care Excellence. Falls: assessment and prevention in older people and in people 50 and over at higher risk [Internet]. London: The Institute; 2025 [cited 2025 Oct 3]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng249/resources/falls-assessment-and-prevention-in-older-people-and-in-people-50-and-over-at-higher-risk-pdf-66143964997573>
- (20) Registered Nurses' Association of Ontario. Preventing falls and reducing injury from falls [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2017 [cited 2025 Oct 16]. Available from: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries>
- (21) Ontario Health. Osteoarthritis: care for adults with osteoarthritis of the knee, hip, hand, or shoulder [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=osteoarthritis>
- (22) Ontario Health. Type 1 diabetes: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=type-1-diabetes--care-for-people-of-all-ages>
- (23) Ontario Health. Prediabetes and type 2 diabetes: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=prediabetes-type-2-diabetes>
- (24) Lorbergs AL, Prorok JC, Holroyd-Leduc J, Bouchard DR, Giguere A, Gramlich L, et al. Nutrition and physical activity clinical practice guidelines for older adults living with frailty. *J Frailty Aging*. 2022;11(1):3-11.

- (25) National Institute for Health and Care Excellence. Dementia, disability and frailty in later life: mid-life approaches to delay or prevent onset [Internet]. London: The Institute; 2015 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng16/resources/dementia-disability-and-frailty-in-later-life-midlife-approaches-to-delay-or-prevent-onset-pdf-1837274790085>
- (26) World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity [Internet]. Geneva: The Organization; 2017 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>
- (27) Ontario Health. Frailty in adults: care in all settings [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2026 [cited 2026 Mon XX]. Available from: TBD
- (28) Jehu DA, Davis JC, Falck RS, Bennett KJ, Tai D, Souza MF, et al. Risk factors for recurrent falls in older adults: a systematic review with meta-analysis. *Maturitas*. 2021;144:23-8.
- (29) Canadian Malnutrition Task Force. Primary care nutrition pathways [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Nutrition Society 2026 [cited 2026 Apr 1]. Available from: <https://nutritioncareinCanada.ca/resource-library/primary-community-care/malnutrition-toolkit/toolkit-pathways>
- (30) Kojima G, Avgerinou C, Iliffe S, Walters K. Adherence to Mediterranean diet reduces incident frailty risk: systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(4):783-8.
- (31) Fa-Binefa M, Clara A, Lamas C, Elosua R. Mediterranean diet and risk of hip fracture: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Nutr Rev*. 2024;83(6):1133-43.
- (32) Karlsson MK, Magnusson H, von Schewelov T, Rosengren BE. Prevention of falls in the elderly—a review. *Osteoporos Int*. 2013;24(3):747-62.
- (33) Hopewell S, Copsey B, Nicolson P, Adedire B, Boniface G, Lamb S. 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. *Br J Sports Med*. 2020;54(22):1340-50.
- (34) Suen J, Kneale D, Sutcliffe K, Kwok W, Cameron ID, Crotty M, et al. Critical features of multifactorial interventions for effective falls reduction in residential aged care: a systematic review, intervention component analysis and qualitative comparative analysis. *Age Ageing*. 2023;52(11).
- (35) Liu CK, Fielding RA. Exercise as an intervention for frailty. *Clin Geriatr Med*. 2011;27(1):101-10.
- (36) Geraedts HA, Zijlstra W, Zhang W, Bulstra S, Stevens M. Adherence to and effectiveness of an individually tailored home-based exercise program for frail older adults, driven by mobility monitoring: design of a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2014;14(1):570.
- (37) Ross R, Chaput J-P, Giangregorio LM, Janssen I, Saunders TJ, Kho ME, et al. Canadian 24-hour movement guidelines for adults aged 18–64 years and adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2020;45(10):S57-S102.
- (38) Canadian Society for Exercise Physiology. Canadian 24-hour movement guidelines for adults aged 65 years and older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep [Internet]. Ottawa (ON): The Society; 2022 [cited 2026 Mar 3]. Available from: <https://csepguidelines.ca/guidelines/adults-65/>
- (39) Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019(1).

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

- (40) Statistics Canada. Canadian community health survey [Internet]. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2023 [cited 2025 Dec 22]. Available from: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&Id=1496481>
- (41) National Institute for Health and Care Excellence. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes [Internet]. London: The Institute; 2015 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>
- (42) Lee J, Negm A, Peters R, Wong EKC, Holbrook A. Deprescribing fall-risk increasing drugs (FRIDs) for the prevention of falls and fall-related complications: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2021;11(2):e035978.
- (43) Xue L, Boudreau RM, Donohue JM, Zgibor JC, Marcum ZA, Costacou T, et al. Persistent polypharmacy and fall injury risk: the Health, Aging and Body Composition Study. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):710.
- (44) Ashraf M, Boland Y, Mello S. Identification and modification of fall-risk-increasing drugs following fall-related hospitalization in older adults. *Age Ageing*. 2024;53(Suppl 4):afae178.232.

À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#) lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations sur Santé Ontario, visitez [SanteOntario.ca](https://santeontario.ca).

À propos de Provincial Geriatrics Leadership Ontario

Provincial Geriatrics Leadership Ontario coordonne les services de gériatrie spécialisés et les services de santé mentale pour les aînés afin de promouvoir les soins intégrés pour les personnes âgées atteintes de problèmes de santé complexes, notamment la démence, la fragilisation et les troubles de santé mentale, ainsi que pour leurs partenaires de soins naturels, en Ontario.

Besoins de renseignements supplémentaires?

Visitez [SanteOntario.ca](https://www.santeontario.ca) ou communiquez avec nous à l'adresse QualityStandards@OntarioHealth.ca pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

Santé Ontario

500–525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3

Tél. sans frais : 1-877-280-8538

Télétype : 1-800-855-0511

Courriel : QualityStandards@OntarioHealth.ca

Site web : [SanteOntario.ca](https://www.santeontario.ca)

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible? 1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@OntarioHealth.ca

ISBN à déterminer (PDF)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026