

Perdre pied : prévenir les chutes chez les aînés!

Le vieillissement de la population est un phénomène annoncé et reconnu. Une transformation dans la structure de la pyramide d'âge de la société québécoise est en cours. En 2016, les personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient 21 % de la population en Estrie et cette proportion atteindra 30 % en 2031⁽¹⁾.

Au Canada, les chutes sont la principale cause d'hospitalisation à la suite d'une blessure chez les aînés⁽²⁾. Elles représentent plus de 85 % des causes d'hospitalisation liées à une blessure pour cette population⁽³⁾. Pour l'ensemble de la population québécoise, les coûts estimés des chutes sont de 1,9 milliard, soit 1,5 milliard en soins de santé et 400 millions en coûts indirects⁽⁴⁾.

En plus des conséquences physiques, les chutes déclenchent souvent la peur de tomber et celle-ci entraîne une réduction des activités et une dégradation des capacités physiques. L'autonomie des aînés s'en trouve affectée et dans certains cas, cela précipite l'hébergement en institution. On estime à 13 % la proportion d'admissions en institution directement attribuable à une chute sans blessure⁽⁵⁾.

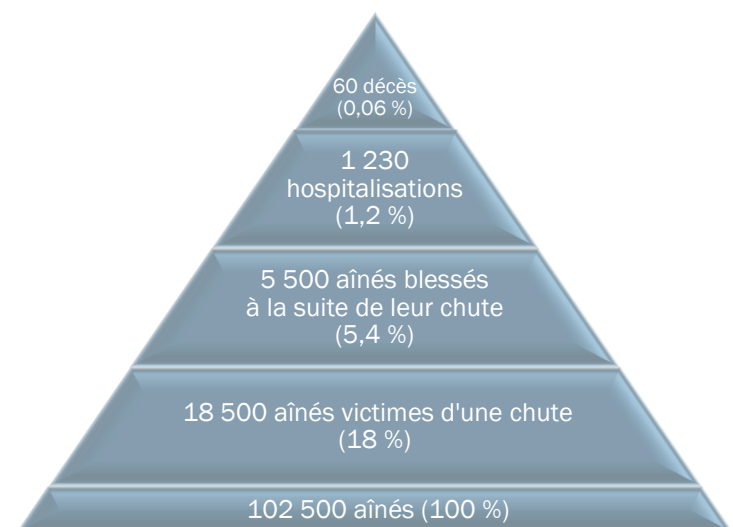
Les objectifs de ce bulletin sont les suivants :

- Présenter le bilan des blessures, des hospitalisations et des décès causés par les chutes chez les aînés de l'Estrie;
- Rappeler les principaux facteurs de risque de chutes;
- Faire connaître des actions en prévention des chutes se déroulant sur le territoire;
- Relater des besoins identifiés par des aînés estriens participant à un programme de prévention des chutes.

TROP D'AÎNÉS CHUTENT CHAQUE ANNÉE

La figure 1 illustre la proportion et le nombre d'aînés affectés par une chute annuellement. Les paragraphes suivants détaillent ces données.

Figure 1
Portrait global des chutes chez les aînés en Estrie



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Med-Echo, Infocentre de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

En Estrie, on estime que 18 500 aînés sont victimes d'au moins une chute chaque année.

Selon des études réalisées dans plusieurs pays, dont le Canada, environ le tiers des aînés vivant à domicile chutent au cours d'une année. À l'échelle provinciale, cette proportion est plus faible : près d'un aîné sur cinq (18 %) fait au moins une chute par année, avec ou sans blessure⁽⁶⁾. De plus, 6 % des aînés québécois chutent deux fois ou plus au cours de l'année. La prévalence des chutes est plus élevée chez les personnes de 75 ans ou plus (21 % chez les 75 ans ou plus contre 15 % chez les 65-74 ans) et est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (20 % contre 15 %).

Blessures

En Estrie, on estime que 5 500 aînés se blessent lors d'une chute chaque année, soit près du tiers de ceux ayant chuté.

Les résultats d'une enquête québécoise de santé provinciale (EQSP 2014-2015) démontrent que 5 % des aînés qui vivent à domicile se blessent lors d'une chute chaque année, et ce, tant en

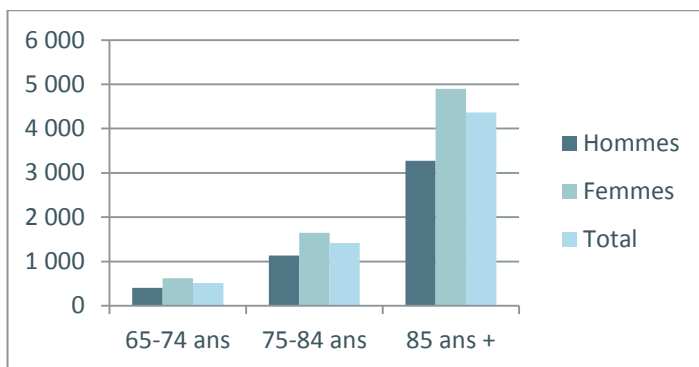
Estrie qu'au Québec (donnée tirée de l'Infocentre). Les personnes de 75 ans ou plus sont proportionnellement plus nombreuses à se blesser à la suite d'une chute que celles âgées de 65 à 74 ans. Aussi, les femmes sont plus victimes de chute que les hommes, quel que soit leur âge. Parmi les aînés qui se sont blessés lors d'une chute, 6 sur 10 sont tombés dans leur résidence ou aux alentours, 1 sur 10 dans la résidence de quelqu'un d'autre et 3 sur 10 dans des lieux publics ou autres lieux⁽⁷⁾.

Hospitalisations

Chaque année en Estrie, on dénombre en moyenne 1 230 hospitalisations d'aînés à la suite de blessures causées par une chute. Bien que le taux d'hospitalisation estrien soit à la baisse, le nombre d'hospitalisations est quant à lui à la hausse, et ce, en raison de l'augmentation du nombre d'aînés au sein de la population. En 2007, il y a eu 971 hospitalisations (taux de 1 425 pour 100 000) alors qu'en 2017, ce chiffre a augmenté à 1 330 (taux de 1 300 pour 100 000). Tout comme la prévalence des chutes, les taux d'hospitalisation sont aussi plus élevés chez les femmes que chez les hommes et ils augmentent en fonction de l'âge de l'individu (Figure 2).

Pour la période 2015-2017, le taux d'hospitalisation des aînés estriens est inférieur à celui de la province (1 250 pour 100 000 contre 1 370 pour 100 000). Les taux d'hospitalisation sont à la baisse en Estrie alors que la tendance inverse est observée au Québec.

Figure 2
Taux d'hospitalisation (pour 100 000) en raison de blessures causées par une chute selon l'âge et le sexe, Estrie, 2015-2017



Source : MSSS, Med-Echo, Infocentre de l'INSPQ.

Types de fractures

Dans le tiers des cas d'hospitalisations consécutives à une chute, il y a présence d'une fracture de la hanche. Ce type de fracture est invalidante pour les aînés puisque la moitié de ceux qui ont subi cette blessure ne retrouveront pas complètement leur autonomie; 13 % à 20 % seront institutionnalisés et 20 % décèderont dans les 6 mois suivant la chute⁽⁸⁾. La fracture de la clavicule ou du bras ainsi que les fractures du rachis lombaire ou du bassin sont également fréquentes à la suite d'une chute.

Lieux et circonstances des chutes

Peu de données existent pour caractériser les lieux de chutes. Lors d'une hospitalisation, quelques informations sont compilées. Ainsi, parmi les aînés estriens hospitalisés entre 2007 et 2015 à la suite d'une chute :

- 65 % des hospitalisations étaient reliées à une chute à domicile;
- 24 % dans un établissement collectif;
- 4 % sur la voie publique;
- 7 % dans un autre lieu.

La classification des causes externes de traumatismes pour les patients hospitalisés permet également d'avoir certaines informations concernant le contexte de la chute. En ce qui concerne les chutes à domicile en Estrie, 26 % sont le résultat d'une glissade, d'un faux-pas ou d'un trébuchement. Cette proportion inclut les chutes causées par de la glace ou de la neige. D'autre part, 16 % des chutes ont lieu dans un escalier ou une échelle et dans 9 % des cas, les individus sont tombés en bas d'un lit, d'une chaise ou d'un autre meuble. Dans 4 % des cas, la personne utilisait un dispositif d'aide à la marche ou un fauteuil roulant lors de la chute.

Il est important de mentionner que pour 45 % des hospitalisations, la cause externe inscrite est « autre chute ». Ainsi, dans près d'un cas sur deux, la cause exacte de la chute n'est soit pas connue, pas signifiée au personnel hospitalier ou n'est pas inscrite au dossier de la personne hospitalisée.

Décès

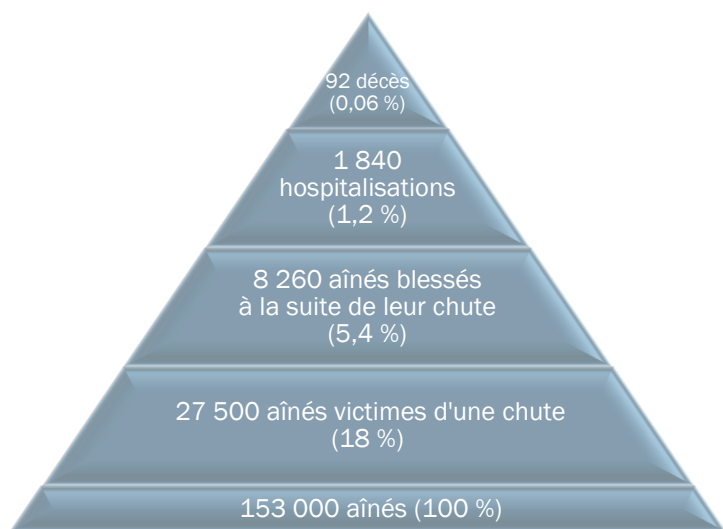
On estime que 60 aînés de l'Estrie décèdent chaque année à la suite des conséquences directes d'une chute (donnée tirée de l'Infocentre). Le taux de mortalité en raison de chutes chez les Estriens âgés de 65 ans ou plus est stable depuis la fin des années 80. Par contre, en raison du vieillissement de la population, le nombre annuel de décès est quant à lui en augmentation. Pour la dernière période disponible (2014 à 2016), le taux de mortalité en Estrie est inférieur à celui du Québec (64 pour 100 000 contre 80 pour 100 000). Comme pour les hospitalisations, on constate une légère hausse du taux provincial de mortalité à la suite d'une chute dans les dernières années. En Estrie, le taux de mortalité est stable.

En Estrie, le taux de mortalité par chute pour les personnes âgées de 65 ans ou plus est similaire pour les hommes et les femmes. La situation est différente au Québec : le taux de mortalité chez les femmes est supérieur à celui des hommes. Ainsi, les femmes aînées de l'Estrie ont un taux de mortalité pour chute plus faible que les femmes du Québec (64 pour 100 000 contre 86 pour 100 000).

SI LA TENDANCE SE MAINTIENT

Lorsqu'on applique les taux actuels de chute, de blessure, d'hospitalisation et de mortalité à la population projetée pour 2030, on obtient le fardeau illustré à la figure 3.

Figure 3
Portrait estimé des chutes chez les aînés en Estrie en 2030



Source : MSSS, Med-Echo, Infocentre de l'INSPQ.

FACTEURS DE RISQUE

Les chutes représentent un problème complexe qui dépend d'un ensemble de facteurs de risque s'influençant mutuellement. Les facteurs de risque réfèrent aux caractéristiques intrinsèques et comportementales de la personne ainsi qu'aux facteurs environnementaux. La littérature présente les éléments suivants sur les principaux facteurs de risque.

Facteurs de risque liés à l'individu

- La probabilité de faire une chute augmente avec l'âge. Les personnes de 85 ans ou plus seraient quatre fois plus susceptibles de chuter que les personnes âgées de 65 à 74 ans⁽⁹⁾.
- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de faire une chute non mortelle⁽⁹⁾.
- Un des plus importants facteurs de risque de chute est la **faiblesse musculaire**. Les aînés chez qui l'on observe une diminution de la forme physique ont 4,5 fois plus de risque de chuter que les aînés qui ont maintenu leur capacité physique⁽²⁾.

- Les **chutes antérieures** sont rapportées comme l'un des plus importants facteurs de prédiction de chutes futures. Le risque de faire une nouvelle chute dans les douze mois est trois fois plus élevé chez les personnes âgées ayant été victimes d'au moins une chute que chez les personnes âgées sans antécédent de chute⁽²⁾.
- Les **maladies chroniques**, très présentes chez les personnes âgées, entraînent souvent une diminution des capacités physiques et ainsi, une augmentation du risque de chute. Les données québécoises démontrent une association positive entre la prévalence des chutes à domicile et l'arthrite, le diabète, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et l'incontinence urinaire. De plus, le **cumul de maladies** ou de conditions médicales chroniques augmente encore plus le risque de chute. Les personnes qui ont trois problèmes chroniques de santé ou plus ont 2,8 fois plus de risque de chuter que celles n'ayant pas de maladies chroniques⁽¹⁰⁾.
- Les **déficiences cognitives** augmentent le risque de chute de deux à trois fois⁽²⁾.
- La **consommation de plusieurs médicaments** est reconnue dans la littérature comme un facteur de risque de chute. Généralement, la consommation de médicaments augmente avec l'âge en raison de l'apparition des problèmes de santé. Les aînés qui prennent plusieurs médicaments (polymédication) sont de deux à trois fois plus susceptibles de chuter que les autres. Les personnes âgées sont également plus susceptibles de subir les effets indésirables associés aux médicaments tels que les psychotropes. La prise de psychotrope augmente le risque de chuter de 1,7⁽¹¹⁾.
- Les **comportements** peuvent présenter un risque de chute lorsqu'ils ne sont pas appropriés pour les capacités physiques de l'aîné ou qu'ils découlent d'une attitude plus téméraire (ex. : porter des chaussures inadéquates, monter debout sur une chaise, faire fi de l'interaction entre l'alcool et certains médicaments).

Facteurs de risque liés à l'environnement physique

- Le milieu physique (ex. : la conception des édifices, les entrées et les espaces extérieurs d'un immeuble ou encore le mobilier et les autres objets dans une pièce) est reconnu comme un facteur de risque environnemental de chute. En vieillissant, une grande proportion des personnes âgées subissent des changements dans leur démarche, leur force, leur vision et leur équilibre. Il importe que l'environnement physique les entourant soit adapté aux particularités des aînés, notamment par des normes de conception et un code du bâtiment prenant en considération leurs besoins.

Facteurs de risque liés à l'environnement socioéconomique

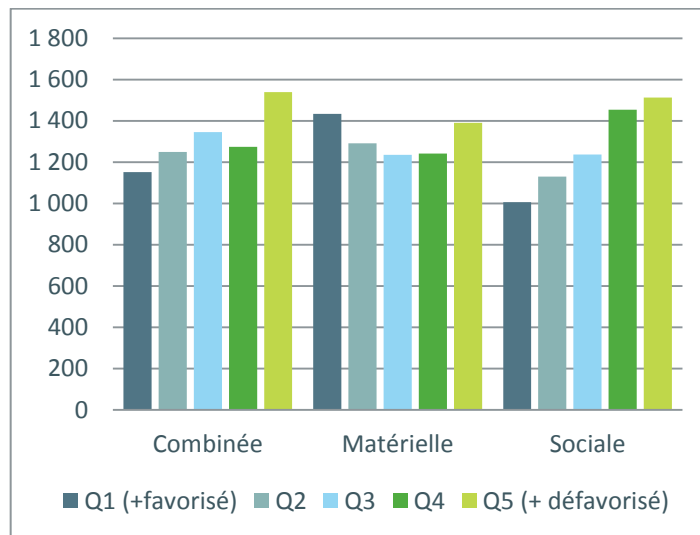
- Bien que les liens entre les facteurs socioéconomiques et les chutes ne soient pas solidement établis, il existe des associations entre les déterminants sociaux et l'état de santé, les maladies chroniques, les incapacités et les troubles cognitifs. Ainsi, les aînés qui vivent dans des contextes plus précaires sont plus sujets à souffrir de maladies chroniques ou d'invalidité et ces dernières augmentent le risque de chutes. Par ailleurs, des données québécoises ont démontré l'existence de liens entre l'augmentation du risque de chute et le faible niveau de scolarité (pas de diplôme d'études secondaires), le faible revenu et le fait de vivre seul⁽¹⁰⁾.
- Des liens sont démontrés entre l'isolement social et l'augmentation de la prévalence des chutes⁽²⁾.

Par ailleurs, mentionnons que le risque de chuter augmente en fonction du nombre de facteurs de risque présents.

DES INÉGALITÉS OBSERVÉES EN ESTRIE

Certaines inégalités identifiées dans la littérature et présentées dans la section précédente sont mesurables à l'échelle régionale. Les données d'hospitalisation démontrent que les taux ajustés d'hospitalisation à la suite d'une chute chez les aînés sont 34 % plus élevés dans les communautés les plus défavorisées sur les plans matériel et social (1 539 pour 100 000) comparativement aux communautés les plus favorisées (1 152 pour 100 000). Lorsque l'on considère les deux composantes de l'indice de défavorisation séparément, on constate que le taux d'hospitalisation ne varie qu'en fonction de la défavorisation sociale : les communautés les plus défavorisées ont un taux 1,5 fois plus élevé que celui des communautés les plus favorisées. Il faut rappeler que la composante sociale de l'indice de défavorisation est composée des indicateurs suivants : proportion de personnes qui vivent seules, proportion de familles monoparentales et proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves. Pour la composante matérielle, qui inclut des indicateurs sur le revenu moyen, le niveau de scolarité et l'occupation d'un emploi, aucun lien n'est observé. Toutefois, l'indice de défavorisation présente des limites lorsque mis en lien avec le risque de chute chez les aînés, car il mesure ces composantes dans l'ensemble de la population âgée de 15 ans ou plus et non spécifiquement pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

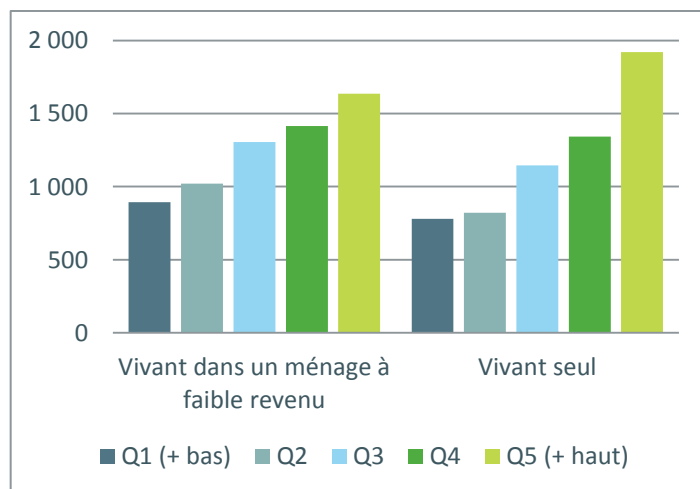
Figure 4
Taux ajusté d'hospitalisation (pour 100 000) pour chutes chez les 65 ans ou plus selon la défavorisation, Estrie, 2009 à 2015



Source : MSSS, Med-Echo. Statistique Canada, Recensement 2011.

Le faible revenu et le fait de vivre seul sont également des facteurs de risque importants. En Estrie, on observe un taux d'hospitalisation à la suite d'une chute 1,8 fois plus élevé dans les communautés où la proportion d'aînés vivant dans un ménage à faible revenu est la plus forte (1 635 pour 100 000) que dans les communautés où peu d'aînés vivent dans un ménage à faible revenu (895 pour 100 000) (Figure 5). Le taux d'hospitalisation à la suite d'une chute est près de 3 fois plus élevé dans les communautés où une forte proportion d'aînés vivent seuls (1 920 pour 100 000) que dans celles où la proportion d'aînés vivant seuls est plus faible (781 pour 100 000).

Figure 5
Taux d'hospitalisation (pour 100 000) pour chutes chez les 65 ans ou plus selon certaines variables socioéconomiques, Estrie, 2009 à 2015



Source : Med-Echo. Statistique Canada, Recensement et Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011.

PRÉVENIR, C'EST POSSIBLE!

Les chutes sont rarement des « accidents ». La plupart des facteurs de risque de chutes connus sont modifiables. Agir sur ces facteurs améliore également la qualité et la santé des aînés.

Maladies, incapacité, capacité motrice

Quel que soit l'âge, les bénéfices de l'activité physique sont nombreux. En vieillissant, il importe de conserver un mode de vie physiquement actif. L'activité physique est reconnue pour produire de nombreuses modifications physiologiques (musculaire et cardiovasculaire notamment) qui retardent, jusqu'à un certain point, les effets du vieillissement⁽¹²⁾. L'exercice a de nombreux autres avantages tels que la réduction du déclin fonctionnel et de la peur de tomber, la socialisation, lorsque pratiquée en groupe et, de façon globale, l'amélioration de la qualité de vie⁽¹³⁾. Les programmes incluant des exercices de stimulation de l'équilibre et de la marche ainsi que des exercices de renforcement musculaire sont reconnus pour diminuer le risque de chute, qu'ils soient réalisés en groupe ou seul⁽¹⁴⁾.

Prise de médicaments

En offrant un soutien adéquat aux aînés, en collaboration avec le médecin traitant et les pharmaciens, et ce, tant à l'hôpital que dans les pharmacies communautaires, il est possible d'optimiser la prise et le choix des psychotropes. En surveillant les interactions et en ajustant les doses, une réduction significative du nombre de chutes est rapportée dans la littérature.

Peur de tomber

Il est possible d'avoir des effets positifs sur la peur de tomber avec une approche multifactorielle. Ce type d'approche serait optimal en raison de la complexité du syndrome de la peur de tomber. La conception d'un programme d'intervention efficace pour diminuer la peur de tomber ne doit pas se concentrer uniquement sur la santé physique de l'individu, mais inclure également une approche touchant les facteurs sociaux et psychologiques en plus du facteur fonctionnel.

L'environnement

Selon les recommandations du *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO)⁽¹³⁾, les interventions visant la sécurité au domicile sont plus appropriées lorsqu'elles sont destinées aux personnes à haut risque de chutes (par exemple, celles qui sont déjà tombées) et lorsqu'elles sont délivrées par un ergothérapeute ou autre professionnel dûment formé. Si une évaluation des risques à domicile est réalisée, il est recommandé de l'associer à d'autres

interventions (combinaison de conseils, d'interventions éducatives visant à accroître la confiance en soi et la prise de conscience des risques) et d'en faire un suivi dans le temps.

SE METTRE EN ACTION POUR PRÉVENIR LES CHUTES

Comité d'amélioration continue en prévention des chutes

Afin de partager une vision et des actions communes en prévention des chutes ainsi que de faciliter le travail de collaboration dans l'ensemble des directions cliniques et administratives, un comité d'amélioration continue de la qualité a été créé. Ce comité s'inscrit dans l'axe « assurer la qualité des soins et services » du système intégré de la performance du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS). Il a comme principaux mandats de :

- Élaborer un plan d'action transversal triennal dans le respect des priorités organisationnelles et de la capacité des équipes, en assurer le suivi et le réviser régulièrement;
- Recenser les documents et outils internes disponibles (politiques, procédures, formulaires, etc.);
- Recevoir et analyser les recommandations émises par les ordres professionnels et autres instances, notamment l'Agrément Canada, le groupe vigilance sur la sécurité des soins et services, etc.;
- Assurer la conformité aux différentes normes;
- Assurer une vigie sur les bonnes pratiques;
- Alimenter le plan de sécurité des usagers;
- Proposer un cadre de formation pour le volet transversal de la pratique professionnelle.

Programme intégré d'équilibre dynamique

Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) en est un de 12 semaines destiné aux aînés autonomes vivant à domicile qui sont préoccupés par leur équilibre et les chutes. Il comprend trois volets : des exercices en groupe, des exercices à domicile et des capsules de discussion concernant la prévention des chutes. Ce programme est offert dans la communauté par des organismes du milieu tels les centres d'action bénévole, les organismes communautaires pour aînés, les centres locaux de services communautaires (CLSC) ou les services de loisirs municipaux. En 2017-2018, **380 aînés** ont suivi le programme offert par différents partenaires dans les 9 réseaux locaux de service (RLS). Le plan d'action régional de santé publique de l'Estrie (PAR 2016-2020) prévoit une augmentation de l'offre de ce programme sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Intervention multifactorielle personnalisée

Il s'agit d'une intervention faite dans les CISSS et CIUSSS auprès des aînés inscrits aux services de soutien à domicile. L'accent est mis sur des interventions cliniques visant une population aînée frêle, en perte d'autonomie, présentant soit un historique de chute soit un risque élevé de chute lié à l'état de santé. L'intervention vise à dépister et surveiller 5 facteurs de risque de chute tous les 6 mois pour une durée de 12 à 18 mois. À la suite du dépistage, l'intervenant propose certains aménagements afin de corriger les facteurs de risque. En Estrie, les facteurs de la marche et l'équilibre, des médicaments, de l'environnement domiciliaire, de l'alimentation et de l'hypotension orthostatique sont dépistés. L'intervention multifactorielle personnalisée est réalisée dans 7 des 9 RLS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Elle est offerte par les intervenantes affectées en prévention des chutes du soutien à domicile.

Programme Viactive

Viactive est un programme d'exercices physiques destiné aux personnes autonomes de plus de 50 ans vivant dans la communauté. Le programme est généralement animé par des bénévoles formés et soutenus par la conseillère Viactive. Ce programme facilite la pratique d'activité physique à proximité des milieux de vie des personnes, l'appartenance à un groupe et l'implication sociale dans le milieu. En 2017-2018, **il y a eu 2 800 participants et près de 150 animateurs bénévoles.**

Move 50 +

[Move 50 +](#) est une plateforme interactive regroupant une variété de capsules vidéo d'entraînement et d'articles d'information santé spécialement conçus pour les besoins des personnes âgées de 50 ans ou plus. Créé par Sercovie, ce projet veut faciliter l'accès à des entraînements de qualité à domicile pour des personnes de plus de 50 ans de toutes conditions physiques.

MIEUX COMPRENDRE LES CHUTES

Afin de mieux comprendre les circonstances entourant les décès en raison de chutes chez les aînés, les rapports d'investigation du coroner sont une source utile. Or, le premier constat qui se dégage est la sous-déclaration de ce type de décès au Bureau du coroner. De 2011 à 2014, seulement le tiers des décès secondaires à une chute ont été déclarés au Bureau du coroner sur le territoire de l'Estrie. Par ailleurs, aucun des 96 décès classifiés comme « chutes présumées » (code CIM-10-CA : X59) survenus au cours de cette même période n'a été déclaré. Pourtant, ni la Loi sur la recherche des causes et circonstances de décès ni la classification internationale des maladies (CIM) ne fixent de délai maximal entre l'événement traumatique ou extérieur et la survenue du décès pour que celui-ci soit classé comme étant d'origine traumatique et donc rapporté au Bureau

du coroner. Ce phénomène de sous-déclaration n'est pas propre à l'Estrie. À l'échelle provinciale, seulement 55 % des décès liés à une chute ont été déclarés aux coroners (tous âges confondus)⁽¹⁵⁾.

L'OPINION DES AÎNÉS

En complémentarité aux données présentées, il est apparu important de recueillir de l'information auprès d'aînés de l'Estrie afin de documenter leurs connaissances sur les facteurs de risque de chute, l'identification de leurs facteurs de risque personnels ainsi que leurs besoins afin de les aider à prévenir les chutes. Un court questionnaire a été proposé aux participants du programme PIED. Au total, 32 aînés (27 femmes et 5 hommes) participant au programme PIED dans les RLS de la Haute-Yamaska, de la Pommeraie, de Memphrémagog et de Sherbrooke au printemps 2017 ont répondu à un questionnaire.

Parmi une liste de vingt éléments, les répondants devaient cocher ceux qu'ils identifiaient comme étant un facteur de risque, puis ceux qui représentaient un risque de chute pour eux. En moyenne, les participants ont identifié six facteurs de risque personnel chacun. Voici les facteurs de risque les plus souvent mentionnés :

1. Ne pas avoir de mains courantes des deux côtés de l'escalier (56 %);
2. Monter sur un petit banc pour atteindre des objets élevés dans la maison (53 %);
3. Avoir peur de tomber, de faire une chute (53 %);
4. Faire de l'ostéoporose ou de l'arthrite (47 %);
5. Ne pas faire d'exercice physique au moins trois fois par semaine (47 %).

De plus, nous les avons interrogés sur leurs besoins (question ouverte). Voici les principaux éléments mentionnés :

Pour les infrastructures et l'environnement :

- Assurer un accès sécuritaire aux édifices et endroits publics (ex. : main courante, rampe d'accès, stationnements réservés, luminosité);
- Meilleur entretien des routes et des trottoirs en hiver;
- Plus d'endroits sécuritaires pour marcher.

Des besoins en information sur :

- Les services et ressources disponibles dans la communauté;
- Les risques de chutes;
- Comment ne pas avoir peur de tomber.

Services

- Améliorer l'accessibilité (offre, durée, fréquence, proximité, langue) à des programmes d'exercices adaptés aux aînés.

CONCLUSION

La société québécoise subira une transformation importante en raison du vieillissement de la population. Les chutes sont le type de traumatisme non intentionnel le plus fréquent chez les aînés. Afin de contrer l'augmentation du fardeau des chutes, il faudra mettre en place des mesures afin de favoriser un vieillissement actif pour préserver la santé et la qualité de vie des aînés.

Il existe une grande quantité et diversité de facteurs de risque de chute, que ce soit à l'échelle des individus ou des environnements dans lesquels ils vivent. Bon nombre de chutes pourraient être évitées par la modification des habitudes de vie et un aménagement plus adapté des milieux de vie.

La prévention des chutes chez les aînés ne peut reposer que sur les épaules d'une seule instance. La littérature reconnaît l'importance des interventions multifactorielles prenant en compte plusieurs facteurs de risque, notamment les environnements urbains sur lesquels le secteur de la santé et des services sociaux n'a que peu de contrôle.

RÉFÉRENCES

- (1) DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE. Outil de données de population de l'Estrie, mise à jour en septembre 2018.
- (2) AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2014). *Chutes chez les aînés au Canada*. Deuxième rapport. Protéger les Canadiens contre les maladies. 62 p.
- (3) AGRÉMENT CANADA, INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ et INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. *Prévention des chutes : des données probantes à l'amélioration des soins de santé au Canada*. Ottawa, ON : ICIS; 2014.
- (4) PARACHUTE (2015). *The Cost of Injury in Canada*. Parachute : Toronto, ON.
- (5) GAGNON, C. et M. LAFRANCE (2011). *Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique*. Institut national de santé publique du Québec, juin 2011.
- (6) FOURNIER, C., C. LECOURS et M. GAGNÉ (2012). *Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile au Québec. Ce que révèle l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*. Zoom Santé, n° 39, novembre, 8 p.
- (7) INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Résultats de la deuxième édition.
- (8) BÉGIN, C., V. BOUDREAU et D. SERGERIE (2009). *La prévention des chutes dans un continuum des services pour les aînés vivant à domicile*. Guide d'implantation – IMP 2^e édition 2009. Institut national de santé publique du Québec. 100 p.
- (9) FELICIA AMBROSE, A., G. PAUL et J. M. HAUSDORFF (2013). *Risk factors for falls among older adults: A review of the literature*. Maturitas.
- (10) GAGNÉ, M., C. BLANCHET, JEAN S. et D. HAMEL (2018). *Chutes et facteurs associés chez les aînés québécois*. Collection Vieillesse et santé. Institut national de santé publique du Québec. 19 p.
- (11) NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2013). *Falls. Assessment and prevention of falls in older people*. Issued: June 2013. NICE guidance number: guidance.nice.org.uk/CG161.
- (12) KINO-QUÉBEC (2002). *L'activité physique. Déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*. Avis du comité scientifique de Kino-Québec, mai 2002, 59 p.
- (13) REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4th ed.). Toronto, ON: Author.
- (14) INSERM. *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2015.
- (15) MORIN, M. (2016). « Tomber vieux! » *Les chutes chez la personne âgée : Un défi à relever!* CISSS de Chaudière-Appalaches, novembre 2016. [En ligne]. https://www.ciass-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Professionnels/Prévention_promotion/Pratique_cliniques_preventives/LévisMétro_Les_chutes_18nov2016_Morin_VP.pdf

Rédaction

Ann Beaulé et Natalie Stronach
Direction de santé publique

Collaboration

Mélissa Généreux et Gilles Sainton
Direction de santé publique

ISSN 2369-5625