



Chutes chez les personnes agées de 65 ans et plus vivant à domicile

S A N T É P U B L I Q U E



COLLECTION
Des données
à l'action

CRÉDITS

Ce document est produit par la Direction générale adjointe de la santé publique,
de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux :

COORDINATION DU PROJET

Jean-Clet Gosselin, Ministère de la Santé et des Services sociaux

RÉDACTION

Dominique Fortin, Institut national de santé publique du Québec

RELECTURE

Claude Bégin, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Danielle Benoît, ministère de la Santé et des Services sociaux

Caroline Caux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Johanne Filiatrault, Université de Montréal

Paule Lebel, Université de Montréal

Pierre Patry, ministère de la Santé et des Services sociaux

Christine Pakenham, ministère de la Santé et des Services sociaux

Diane Sergerie, Institut national de santé publique du Québec

CONTRIBUTION PARTICULIÈRE

Monique Godin, ministère de la Santé et des Services sociaux

Yvonne Robitaille, Institut national de santé publique du Québec

La compilation des données a été effectuée à partir de l'onglet Plan commun de surveillance de l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. La source de données utilisée est le Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (2008) de l'Institut de la statistique du Québec.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Il a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-65363-9 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-65362-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

Faits saillants	4
Mise en contexte	5
Portrait	6
- Un événement fréquent	6
- Des circonstances connues	7
Mesures adaptées	8
- Actions pour prévenir les chutes chez les personnes âgées	8
- Programme national de santé publique	8
- Programme intégré d'équilibre dynamique – PIED.....	9
- Intervention multifactorielle personnalisée – IMP	9
- Pratiques cliniques préventives à promouvoir	10
- Conclusion	10
Références	11



IMPORTANCE DES CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT À DOMICILE

- *La population âgée de 65 ans et plus continuera d'augmenter, passant de 16 % en 2011 à 26 % en 2031.*
- *En 2008, près de 4 % des personnes de 65 ans et plus ont été victimes, au cours des douze derniers mois, d'une blessure causée par une chute assez grave pour limiter leurs activités courantes.*
- *Ceci représente environ 40 000 personnes dont environ 28 000 ont consulté un médecin pour cette raison.*
- *La fréquence et la gravité des blessures ont tendance à augmenter avec l'âge.*

CIRCONSTANCES

- *Parmi l'ensemble de ces chutes causant une blessure, 70 % ont lieu à domicile.*
- *Bien que l'on puisse penser que les chutes sont plus nombreuses en hiver, l'enquête révèle qu'elles se répartissent en toutes saisons.*
- *Chaque année, la proportion la plus importante de chutes (41 %) survient en glissant sur une surface (autre que la neige ou la glace).*
- *Toutefois, en hiver, ce sont les chutes sur la glace ou la neige qui représentent la cause la plus fréquente.*
- *Les chutes dans un escalier constituent également un phénomène assez fréquent.*

SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

La surveillance est une fonction essentielle de la santé publique. Elle permet de documenter les problèmes sociaux et de santé d'une population, ainsi que les facteurs pouvant les influencer. Cette collection « Des données à l'action » vise à informer les décideurs, les intervenants et la population afin de les soutenir dans leurs interventions au bénéfice de la santé.

ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (EQSP)

- L'EQSP s'inscrit dans la fonction de surveillance en permettant de dresser un portrait de santé de la population à des intervalles réguliers.
- L'enquête¹ est représentative de 6 326 523 Québécois de 15 ans et plus.
- Dans l'EQSP, 38 154 personnes âgées de 15 ans et plus qui vivent dans un ménage privé au Québec ont été interviewées, dont 16 % de personnes âgées de 65 ans et plus représentant environ 1,1 million de personnes.

Note :

¹ À l'exception des Québécois vivant en établissement et de ceux vivant dans une réserve amérindienne, au Nunavik ou encore dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

En 2008, dix ans après la dernière enquête québécoise sur la santé de la population, soit l'Enquête sociale et de santé de 1998, l'Institut de la statistique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux réalisent la première édition de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP).

L'EQSP 2008 s'est intéressée aux chutes survenues dans les douze mois précédant l'enquête et qui sont à l'origine d'une blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne. Une seule chute par personne a été documentée, soit celle la plus grave s'étant produite durant la période visée.

Un des objectifs prioritaires du Programme national de santé publique est de réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile (domaine des traumatismes non intentionnels).

À qui s'adresse ce fascicule ?

Ce fascicule s'adresse principalement aux gestionnaires et aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui interviennent auprès des personnes âgées de 65 ans et plus. Il vise à souligner l'importance de la problématique des chutes et à faire connaître les volets d'intervention mis de l'avant au Québec pour limiter les blessures causées par les chutes chez les aînés vivant à domicile.

La poursuite des actions préventives est d'autant plus nécessaire que la population de 65 ans et plus doublera d'ici vingt ans alors qu'un Québécois sur quatre aura cet âge selon les projections.

L'impact économique des chutes pour le système de santé est substantiel. En 2004, les dépenses totales, directes et indirectes, liées aux chutes chez les personnes de 65 ans et plus s'élevaient à plus de 370 millions au Québec. (Sauve-qui-penses 2009)





UN ÉVÉNEMENT FRÉQUENT

POPULATION DE 65 ANS ET PLUS VICTIME D'UNE BLESSURE CAUSÉE PAR UNE CHUTE

— Québec, 2008

Groupe d'âge	Proportion (%)	Nombre estimé
65-74 ans	3,7 %	21 600
75 ans et plus	4,3 %*	18 200
65 ans et plus	3,9 %	39 900



Les chutes chez les personnes âgées surviennent à tout âge, mais leur fréquence et la gravité des blessures qui en découlent ont tendance à augmenter avec l'âge.

En 2008, près de 4 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont été victimes au cours des douze derniers mois d'une blessure causée par une chute assez grave pour limiter leurs activités courantes, ce qui représente environ 40 000 personnes. Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à avoir subi une blessure à la suite d'une chute. Cet écart s'explique par le fait que la part des femmes dans ce groupe d'âge est plus importante, et qu'elles sont plus susceptibles que les hommes de se blesser à la suite d'une chute (4,8 % contre 2,8 %*). Ce fait est également constaté dans le cas des hospitalisations attribuables aux chutes.

L'ostéoporose augmente le risque de fracture, surtout chez les femmes

L'ostéoporose est une perte de densité osseuse qui se manifeste avec l'avancée en âge, ce qui augmente le risque de fracture. Bien que ce soit majoritairement les femmes qui en sont atteintes, les hommes peuvent aussi être touchés. On estime qu'au Canada, environ une femme sur quatre et un homme sur huit de plus de 50 ans souffrent d'ostéoporose (Santé Canada, 2007). De même, une femme sur trois et un homme sur cinq subiront une fracture causée par l'ostéoporose au cours de leur vie (Ostéoporose Canada, 2011). Il apparaît que l'ostéoporose n'est pas étrangère à la surreprésentation féminine dans les chutes avec blessure chez les personnes âgées.



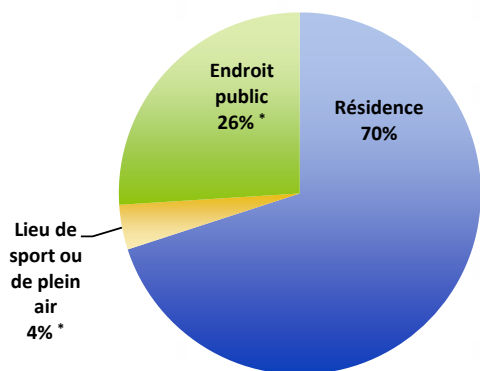
Note :

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.



DES CIRCONSTANCES CONNUES

POPULATION DE 65 ANS ET PLUS VICTIME D'UNE BLESSURE CAUSÉE PAR UNE CHUTE — selon le lieu, Québec, 2008



Chez les victimes d'une blessure causée par une chute, 7 personnes sur 10 ont répondu être tombées dans une maison ou aux alentours, à leur domicile ou à celui de parents ou d'amis. Les chutes à domicile touchent environ 2,7 % des personnes de 65 ans et plus au Québec. Il n'en demeure pas moins que pour environ le quart des personnes ayant fait une chute assez grave pour limiter leurs activités normales, celle-ci s'est produite dans un endroit public, par exemple un commerce ou un lieu de circulation comme le trottoir.

Les circonstances dans lesquelles les chutes surviennent sont diversifiées. Dans 41 % des cas, la personne a glissé, trébuché ou fait un faux pas. Les deux autres causes les plus fréquentes sont les suivantes : chute sur la glace ou la neige et chute dans un escalier, chacune représentant environ 17 % des cas.

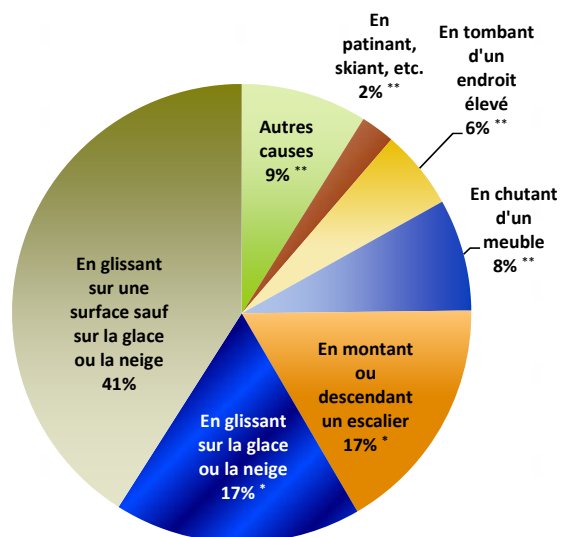
Bien que l'on puisse penser que les chutes sont bien plus nombreuses en hiver, l'enquête révèle qu'elles se répartissent en toutes saisons.

Des blessures qui nécessitent des soins

Plus des deux tiers (69 %) des 65 ans et plus (soit 28 000 personnes) qui ont fait une chute ont consulté un médecin dans les 48 heures suivant l'événement.

Chaque année au Québec, les chutes représentent environ 16 000 hospitalisations¹, ce qui correspond à 7 % de l'ensemble des hospitalisations dans ce groupe d'âge.

POPULATION DE 65 ANS ET PLUS VICTIME D'UNE BLESSURE CAUSÉE PAR UNE CHUTE — selon la circonstance, Québec, 2008



Cette enquête a permis d'estimer l'ampleur des chutes qui occasionnent des blessures assez graves chez les aînés pour limiter leurs activités normales. Elle précise également la variété des lieux et des circonstances dans lesquels ces chutes surviennent et laisse aussi entrevoir les cibles d'action qui permettraient d'en réduire la fréquence.

Notes :

- 1 Dans le cas des hospitalisations, les données proviennent du Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO du MSSS, 2009-2010.
- * Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.
- ** Coefficient de variation supérieur à 25 % estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.



ACTIONS POUR PRÉVENIR LES CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Facteurs de risque

Les facteurs de risque de chute sont nombreux. Certains sont liés à la personne elle-même, dont l'état de santé physique, les habitudes et les comportements, d'autres à l'environnement dans lequel cette personne se trouve. Souvent plusieurs facteurs se combinent et interviennent en même temps; on dit donc que les chutes sont multifactorielles.

FACTEURS DE RISQUE PRÉSENTÉS DANS LE CADRE DE RÉFÉRENCE MINISTÉRIEL (2004)

Les trois facteurs essentiels sont :

- les capacités motrices (ou marche et équilibre);
- les médicaments;
- l'environnement domiciliaire.

Les quatre facteurs complémentaires sont :

- la malnutrition (ou dénutrition);
- l'hypotension orthostatique;
- les déficits ou troubles de la vision;
- la consommation d'alcool.

LES CHUTES ...

Peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé et la qualité de vie des aînés :

- blessures graves comme une fracture ou même un décès;
- difficulté à réaliser les activités quotidiennes (marche, ménage, épicerie, bain);
- perte d'autonomie, transfert du domicile vers une résidence privée, ou hébergement dans un centre hospitalier de soins de longue durée;
- peur de tomber;
- restriction d'activités associées à la peur de tomber (limitation dans les activités physiques et sociales, ce qui peut engendrer une détérioration de la condition physique et affecter la santé psychologique).

Note :

1 Adapté de MSSS (2004), La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile.

Plusieurs types d'interventions peuvent permettre de prévenir les chutes et leurs conséquences.

Le cadre de référence pour la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile situe les interventions préventives à privilégier.

PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Programme national de santé publique – 2008 (PNSP) définit les activités à mettre en œuvre afin d'agir sur les déterminants qui influencent la santé.

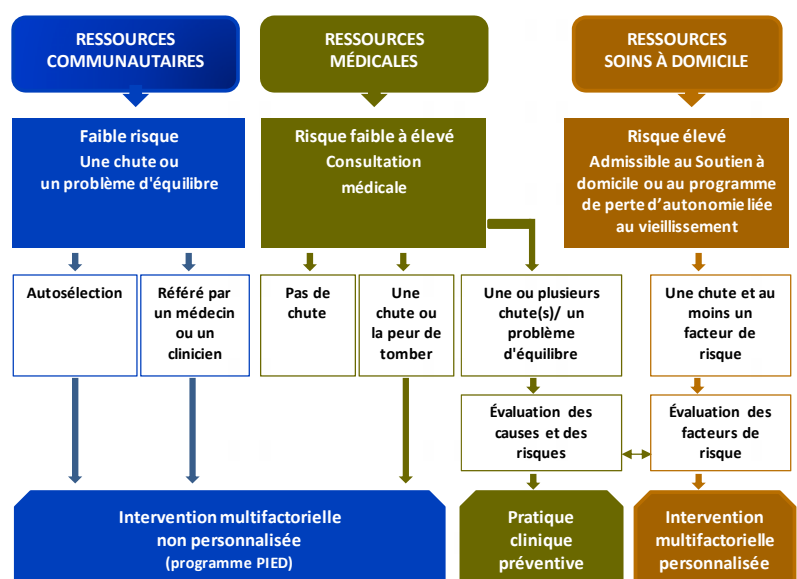
Deux types d'intervention de ce continuum de services sont offerts, soit l'intervention multifactorielle non personnalisée (programme PIED) et l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) :

- l'intervention multifactorielle non personnalisée s'adresse aux personnes âgées autonomes, préoccupées par les chutes ou par leur équilibre;
- l'intervention multifactorielle personnalisée s'adresse aux personnes âgées en perte d'autonomie qui présentent une histoire de chutes et un risque élevé de tomber de nouveau en raison de leur état de santé; il s'agit essentiellement de bénéficiaires du soutien à domicile.

Un troisième type d'intervention prévu au PNSP a trait à la promotion et au soutien des pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens de première ligne.

Continuum de prévention des chutes¹ :

Un programme d'intervention à trois volets





ACTIONS POUR PRÉVENIR LES CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

PROGRAMME INTÉGRÉ D'ÉQUILIBRE DYNAMIQUE – PIED¹

(Intervention
multifactorielle non personnalisée –
Volet communautaire)

Ce programme s'adresse aux aînés autonomes, préoccupés par leur équilibre, ou par les chutes. Développé à partir des plus récentes connaissances en activité physique et en prévention des chutes, ce programme offre aux aînés plusieurs possibilités :

- améliorer leur équilibre et la force de leurs jambes;
- contribuer à garder leurs os en santé et diminuer le risque de fracture;
- aménager leur domicile et adopter des comportements sécuritaires;
- améliorer leur confiance;
- être plus actifs.

Des intervenants qualifiés proposent aux aînés des exercices permettant d'améliorer l'équilibre et de travailler la force :

- exercices en groupe réalisés deux fois par semaine pendant douze semaines;
- exercices faciles à faire à la maison;
- capsules d'information sur les saines habitudes de vie, les comportements sécuritaires et la façon d'aménager son domicile pour prévenir les chutes.

Le programme est offert par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ou des organismes communautaires et s'adresse aux personnes âgées autonomes et admissibles.



INTERVENTION MULTIFACTORIELLE PERSONNALISÉE – IMP²

Ce type d'intervention est destiné principalement aux personnes âgées de 65 ans et plus qui ont fait une chute au cours de la dernière année et qui présentent un risque élevé de tomber à nouveau. L'IMP contribue à améliorer et à maintenir l'autonomie des aînés en prévenant les problèmes avant qu'ils ne s'aggravent ou ne deviennent chroniques. Une fois les problèmes dépistés, un plan d'intervention personnalisé est élaboré. La présence de facteurs de risque est réévaluée tous les 6 mois pendant une période de 12 à 18 mois par un professionnel de la santé (physiothérapeute, ergothérapeute, thérapeute en réadaptation physique ou autre).

L'IMP consiste à :

- Informer, conseiller et orienter les aînés en mettant à leur disposition et à celle de leur entourage des informations pertinentes sur les facteurs de risque de chute.
- Éduquer les aînés et les impliquer en faisant appel à leurs aptitudes personnelles pour qu'ils adoptent des comportements favorables à leur santé et à leur sécurité.
- Créer des milieux favorables à la santé et à la sécurité des aînés en agissant sur leur environnement physique (domicile, extérieur) et socio-économique.
- Travailler avec une équipe pluridisciplinaire offrant aux aînés une intervention adéquate (physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique, ergothérapeute, infirmière, nutritionniste, médecin, pharmacien et optométriste).
- Prévoir un suivi personnalisé en s'assurant de la compréhension par les aînés de l'information qui leur est transmises et en renforçant leur motivation tout au long de l'intervention (de 12 à 18 mois).

Notes :

1. Le contenu de cette section est tiré du dépliant promotionnel PIED (Institut national de santé publique du Québec, 2010) et la reproduction est autorisée.
2. Le contenu de cette section est tiré du dépliant promotionnel IMP (Institut national de santé publique du Québec, 2010) et la reproduction est autorisée.



ACTIONS POUR PRÉVENIR LES CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES¹ À PROMOUVOIR

Les intervenants peuvent sensibiliser leur clientèle quant à l'importance d'échanger avec leur médecin, optométriste, pharmacien, etc., à propos des mesures efficaces de prévention des chutes. Certaines actions pourront être proposées en tenant compte de la condition de la personne :

- La **participation à des programmes d'activités physiques** comprenant des exercices de renforcement ou d'équilibre, incluant le tai-chi, qui réduisent le risque de chuter. L'activité physique régulière améliore ainsi la posture, l'équilibre, l'agilité et le tonus musculaire.
- Le **port de semelles d'appoint adhésives**, mesure dont l'efficacité a été démontrée pour prévenir les chutes lors des sorties extérieures l'hiver.
- La **correction de la vision**, notamment par un optométriste, et au besoin une chirurgie de la cataracte.
- La **prise de vitamine D et de calcium** à la suite d'une consultation avec le médecin.
- Une **vérification de la médication** (interactions possibles ou effets secondaires) par le médecin.
- L'**évaluation des sources potentielles de chute** au domicile par un professionnel en fonction de la condition de la personne (perte d'autonomie, chute antérieure, etc.) et, le cas échéant, adaptation du domicile :
 - 1) installation de barres d'appui et d'un tapis antidérapant pour le bain ou la douche, ou ajout d'une rampe d'escalier;
 - 2) amélioration de l'éclairage intérieur ou extérieur;
 - 3) élimination d'obstacles tels que les fils électriques, les tapis, les petits meubles, les boîtes ou l'aspirateur dans les espaces de circulation;
 - 4) entretien des escaliers et des trottoirs extérieurs, surtout l'hiver.
- L'évaluation par un médecin du **risque de fracture**, par exemple les antécédents de fractures et la santé osseuse.
- L'**évaluation de l'état nutritionnel** par un professionnel : indice de malnutrition et capacité de préparer les repas ou de sélectionner des aliments sains.

Note :

1. Tiré de *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* (INSPQ et ASSS de la Capitale Nationale, 2011).



CONCLUSION

Chaque année, un grand nombre de personnes âgées se blessent en chutant. Les chutes ont aussi des conséquences sur la santé psychologique des aînés et peuvent entraîner une perte d'autonomie, la peur de tomber à nouveau, et un plus grand isolement. Une part importante des personnes âgées ayant chuté consultent un médecin ou sont hospitalisées à la suite de cet événement. L'impact économique des chutes est substantiel et le vieillissement de la population pourrait créer dans les années à venir une pression supplémentaire sur le système de santé québécois. Le rôle du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par le déploiement des activités prévues au PNSP, et celui des partenaires intersectoriels sont aussi importants pour réduire le risque de chutes. Les intervenants auprès des personnes âgées jouent également un rôle essentiel en donnant l'information pertinente à cette population plus vulnérable aux blessures par chute.



Information sur l'enquête québécoise sur la santé de la population

Pour en savoir plus sur cette enquête menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, consulter le lien Web suivant : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/enq_sante_pop_rapport.htm, consulté le 23 mai 2012.

Guides

Bégin, C., Boudreault, V. et D. Sergerie (2009). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile – Guide d'implantation - IMP, 2^e édition, 100 p.

Trickey F., Parisien M., Laforest S., Genest C. et Y. Robitaille (2011). Programme intégré d'équilibre dynamique – Guide d'animation, 378 p.

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/autres_thematiques/thematique/prevention_des_chutes_chez_les_aines_vivant_a_domicile/documentation.html, consulté le 12 juin 2012.

Articles scientifiques

Delbaere, K., G. Crombez, G. Vanderstraeten, T. Willems et D. Cambier (2004). « Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study », *Age and Ageing*, 26 : 1-6.

Filiatrault, J., Parisien, M., Laforest, S., Genest, C., Gauvin, L., Fournier, M., Trickey, F. et Y. Robitaille (2007). « Implementing a community-based falls prevention program: from drawing board to reality », *Canadian Journal of Aging*, 26(3) : 213-226. Traduction disponible au lien suivant :

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/autres_thematiques/thematique/prevention_des_chutes_chez_les_aines_vivant_a_domicile/documentation.html, consulté le 12 juin 2012.

Fletcher, P.C., D.M. Guthrie, K. Berg et J.P. Hirdes (2010). « Risk factors for restriction in activity associated with fear of falling among seniors within the community », *Journal of Patient Safety*, 6(3) : 187-191.

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 et Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, juin 2011.

Institut de la statistique du Québec (2009). Le bilan démographique du Québec. Édition 2009, Institut de la statistique du Québec, 84 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile - Cadre de référence, Québec, 61 p.

Ostéoporose Canada (2011). Les hommes et l'ostéoporose ce n'est pas seulement une maladie de femme, http://www.osteoporosis.ca/multimedia/pdf/publications/men_and_osteoporosis_fr_2011.pdf, 2011, consulté en février 2012.

Santé Canada (2007). Les aînés et le vieillissement – Ostéoporose, <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/seniors-aines-ost-fra.php>, consulté en février 2012.

Sauve-qui-pense (2009). Le fardeau des blessures au Canada, Toronto, Ontario, <http://www.smartrisk.ca/downloads/burden/Canada2009/EBI-Fr-Final.pdf>, consulté en avril 2012.

Seematter-Bagnoud, L., S. Rochat et I. Peytremann-Bridevaux (2009). « Comment prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile? », *Revue médicale suisse*, novembre, 18, 5(226) : 2358; PMID : 20052869.

Zijlstra, G.A.R., J.C.M. van Haastregt, J.Th.M. van Eijk, E. van Rossum, P.A. Stalenhoef et G.I.J.M. Kempen (2007). « Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people », *Age and Ageing*, 36 : 304-309.

Pour en connaître d'avantage sur les mesures à mettre en place pour prévenir les chutes chez les personnes âgées, communiquer avec le responsable de ce dossier à l'agence de santé et de services sociaux de votre région.

