



## **Le fardeau des chutes chez les 65 ans et plus vivant à domicile**

---

Février 2019

### **Auteure**

Emmanuelle Arth, agente de planification,  
de programmation et de recherche,  
Direction de santé publique

### **Révision du contenu**

Ann Bergeron, médecin-conseil  
responsable en surveillance,  
Direction de santé publique

Geneviève Minville, médecin-conseil,  
Direction de santé publique

### **Relecture**

Audrey Bolduc, adjointe à la direction,  
Direction de santé publique

### **Graphisme**

Service des communications  
et des affaires gouvernementales  
du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

---

Ce document est disponible sur le site Internet du  
Centre intégré universitaire de santé et de services  
sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean à l'adresse  
suivante : [www.santesaglac.gouv.qc.ca](http://www.santesaglac.gouv.qc.ca)

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019  
Bibliothèque et Archives Canada, 2019  
ISBN (version PDF) : 978-2-550-81616-4

Toute reproduction complète ou partielle de ce docu-  
ment est autorisée à condition d'en mentionner la  
source. © Gouvernement du Québec, 2019

## Table des matières

Introduction .....	4
<b>1. Le portrait sommaire de la situation .....</b>	<b>5</b>
1.1. Les chutes chez les personnes de 65 ans et plus en quelques chiffres .....	5
1.2. Les circonstances durant lesquelles surviennent les chutes .....	10
1.3. Le risque perçu de chute.....	11
<b>2. Les facteurs de risque et de blessures liés aux chutes.....</b>	<b>12</b>
2.1. Les facteurs biologiques ou intrinsèques .....	12
2.2. Les facteurs comportementaux .....	13
2.3. Les facteurs environnementaux ou extrinsèques .....	14
2.4. Les facteurs socioéconomiques .....	14
<b>3. Les conséquences des chutes.....</b>	<b>15</b>
Conclusion .....	16
Bibliographie.....	17

### Liste des tableaux

- Tableau 1 : Nombre et taux spécifique annuel moyen (pour 10 000 personnes) d'hospitalisations à la suite d'une chute chez les 65 ans et plus, selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, avril 2012 à mars 2017 ..... 6
- Tableau 2 : Nombre et taux spécifique annuel moyen (pour 100 000 personnes) de décès à la suite d'une chute, selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2010-2014 ..... 8

### Liste des figures

- Figure 1 : Évolution des hospitalisations (nombre annuel et taux spécifique annuel pour 10 000 personnes) à la suite d'une chute chez les 65 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, avril 2006 à mars 2017 ..... 7
- Figure 2 : Évolution des décès (nombre annuel moyen et taux spécifique annuel moyen) à la suite d'une chute chez les 65 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, périodes mobiles 2002-2003 à 2012-2014 ..... 9
- Figure 3 : Les chutes chez les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile au Saguenay–Lac-Saint-Jean ..... 10
- Figure 4 : Répartition des 65 ans et plus victimes d'une blessure causée par une chute selon la circonstance, Québec, 2008 ..... 11

## Introduction

Les chutes sont des phénomènes fréquents. Bien qu'elles surviennent à tout âge dans des circonstances différentes, les chutes entraînent des conséquences souvent plus graves chez les personnes de 65 ans et plus que chez les jeunes et les adultes de moins de 65 ans.

Les chutes sont susceptibles de causer des blessures dont certaines vont nécessiter des soins médicaux et une hospitalisation. Elles peuvent générer des incapacités et des limitations d'activités. Elles peuvent aussi laisser des séquelles psychologiques, telles que l'anxiété face à d'éventuelles chutes, qui peuvent favoriser l'isolement des chuteurs. Les chutes ont aussi un impact sur la perte de qualité de vie et sur l'espérance de vie puisqu'elles peuvent même entraîner la mort du chuteur. Ces événements sont évitables en agissant sur les facteurs de risque liés aux chutes.

Ce document s'intéresse à cette problématique chez les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile dans une perspective de vieillissement en santé. Vieillir en santé est « un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant aux personnes âgées d'amélio-

rer et de préserver leur santé et leur bien-être physique, social et mental, et de conserver leur autonomie et leur qualité de vie, tout en favorisant des transitions harmonieuses entre les différentes étapes de leur vie » (Santé Canada, 2001).

Il s'adresse principalement aux gestionnaires et aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux partenaires de son réseau intersectoriel qui interviennent jour après jour auprès des personnes âgées de 65 ans et plus.

Dans un premier temps, un portrait général de la situation est présenté, ensuite sont décrits les principaux facteurs de risque liés aux chutes. Avant de conclure, le document se termine par de l'information sur les conséquences que les chutes peuvent avoir sur la vie des personnes de 65 ans et plus.

## 1. Le portrait sommaire de la situation

### 1.1. Les chutes chez les personnes de 65 ans et plus en quelques chiffres

#### Les chutes sont des événements fréquents...

Aux États-Unis, environ le tiers des personnes âgées de 65 ans et plus tombent au moins une fois par année (Rubenstein, 2006), une proportion similaire est enregistrée au Québec (Direction générale de la santé publique, 2004). Gagné, Blanchet et autres (2018), quant à eux, estiment qu'en 2008-2009, près d'un aîné sur cinq vivant à domicile a rapporté avoir fait une chute au cours des 12 mois précédant *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes volet Vieillessement en santé*. Si on applique cette proportion plus conservatrice à la population de 65 ans et plus vivant en ménage privé au Saguenay-Lac-Saint-Jean en 2016 (n = 51 645), on obtient environ 10 330 chuteurs annuellement.

Les chutes chez les personnes de 65 ans et plus surviennent à tous les âges, mais leur fréquence et leur gravité en termes de blessures ont tendance à augmenter avec l'âge (Direction générale adjointe de la santé publique, 2012).

#### ... susceptibles de causer des blessures et des soins médicaux...

Au Québec, on estime qu'environ 5 % de la population des 65 ans et plus aurait consulté au cours de l'année un professionnel de la santé pour une blessure (Direction générale de la santé publique, 2004), ce qui représente environ 2 580 personnes de 65 ans et plus pour la région.

#### ... entraînant parfois une hospitalisation...

Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, chaque année, on enregistre en moyenne 778 hospitalisations<sup>1</sup> pour chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus (tableau 1). Ces hospitalisations surviennent chez les femmes plus fréquemment que chez les hommes. Les hospitalisations pour chute représentent 6 % de l'ensemble des hospitalisations de ce groupe d'âges<sup>2</sup>.

1. Ces données représentent des hospitalisations et non des individus. Un individu peut en effet être hospitalisé à plusieurs reprises au cours d'une période donnée.
2. Les personnes hospitalisées peuvent vivre à domicile ou en institution.

## 1. Le portrait sommaire de la situation

**Tableau 1**

**Nombre et taux spécifique annuel moyen (pour 10 000 personnes) d'hospitalisation à la suite d'une chute chez les 65 ans et plus, selon le sexe, Saguenay-Lac-Saint-Jean, avril 2012 à mars 2017**

Le nombre d'hospitalisations annuel moyen pour chute chez les 65 ans et plus a augmenté entre les années financières 2006-2007 et 2016-2017 (figure 1), passant de 629 à 955 par année. On remarque que cette augmentation s'accroît à partir de l'année 2012-2013. Les taux spécifiques, quant à eux, sont restés relativement stables entre 2008-2009 et 2015-2016 indiquant que la hausse du nombre d'hospitalisations est due en grande partie au vieillissement de la population.

	Nombre annuel moyen	Taux spécifique annuel moyen pour 10 000 personnes
Hommes	230	93,9
Femmes	548	186,5
<b>Sexes réunis</b>	<b>778</b>	<b>144,4</b>

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Med-Écho. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, avril 2018.

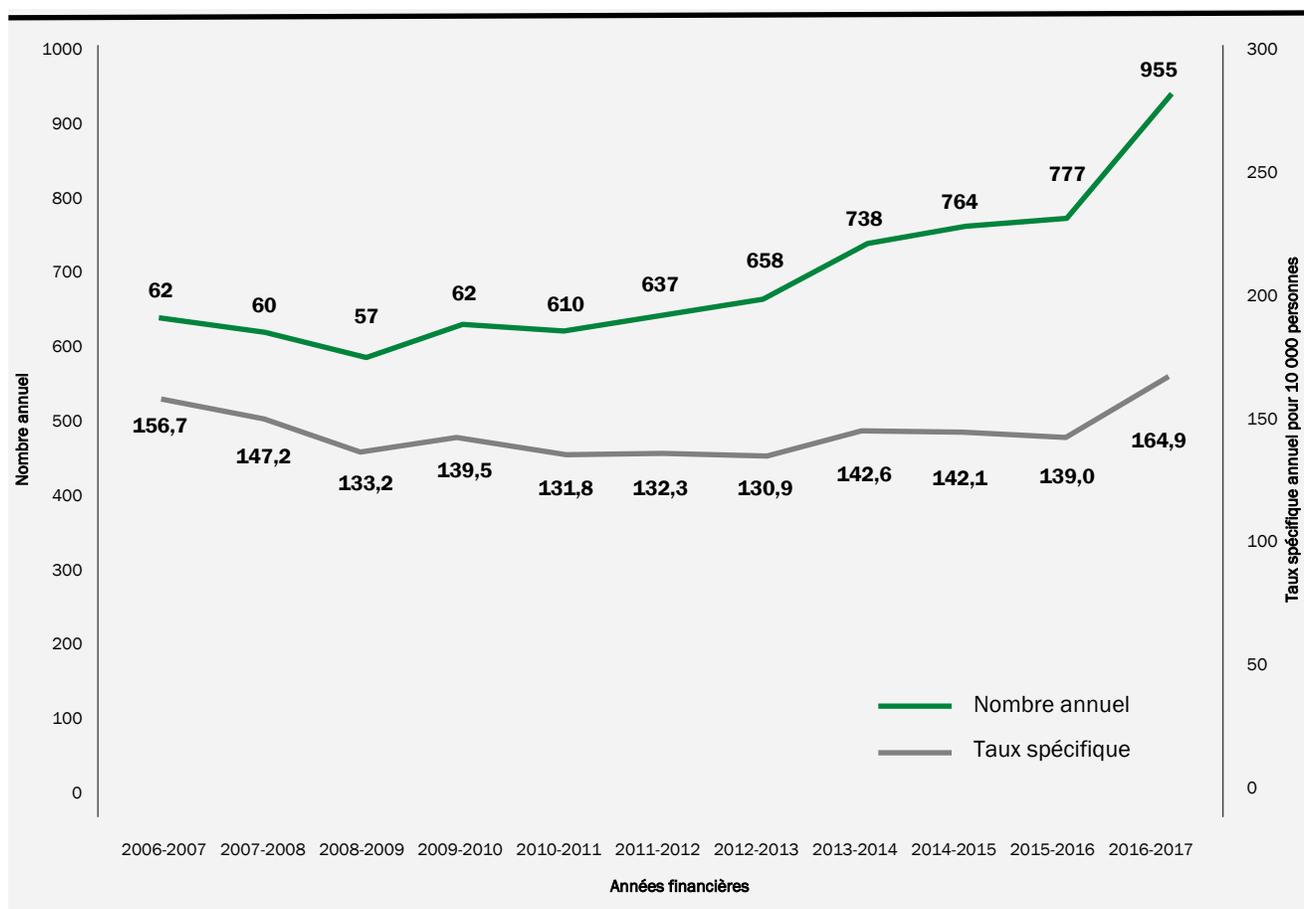
## 1. Le portrait sommaire de la situation

Figure 1

**Évolution des hospitalisations (nombre annuel et taux spécifique annuel pour 10 000 personnes) à la suite d'une chute chez les 65 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, avril 2006 à mars 2017**

**... et pouvant aussi causer la mort.**

Enfin, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, on dénombre aussi annuellement 45 décès (2010-2014) à la suite d'une chute chez les 65 ans et plus, soit 17 décès chez les hommes pour 29 décès chez les femmes (tableau 2). Les décès à la suite d'une chute représentent 2 % de l'ensemble des décès de ce groupe d'âges<sup>1</sup>.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Med-Écho. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, avril 2018

1. Les personnes décédées pouvaient vivre à domicile ou en institution.

## 1. Le portrait sommaire de la situation

**Tableau 2**

**Nombre et taux spécifique annuel moyen (pour 100 000 personnes) de décès à la suite d'une chute chez les 65 ans et plus, selon le sexe, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2010-2014**

	Nombre annuel moyen	Taux spécifique annuel moyen pour 100 000 personnes
Hommes	17	76,0
Femmes	29	100,5
<b>Sexes réunis</b>	<b>45</b>	<b>89,5</b>

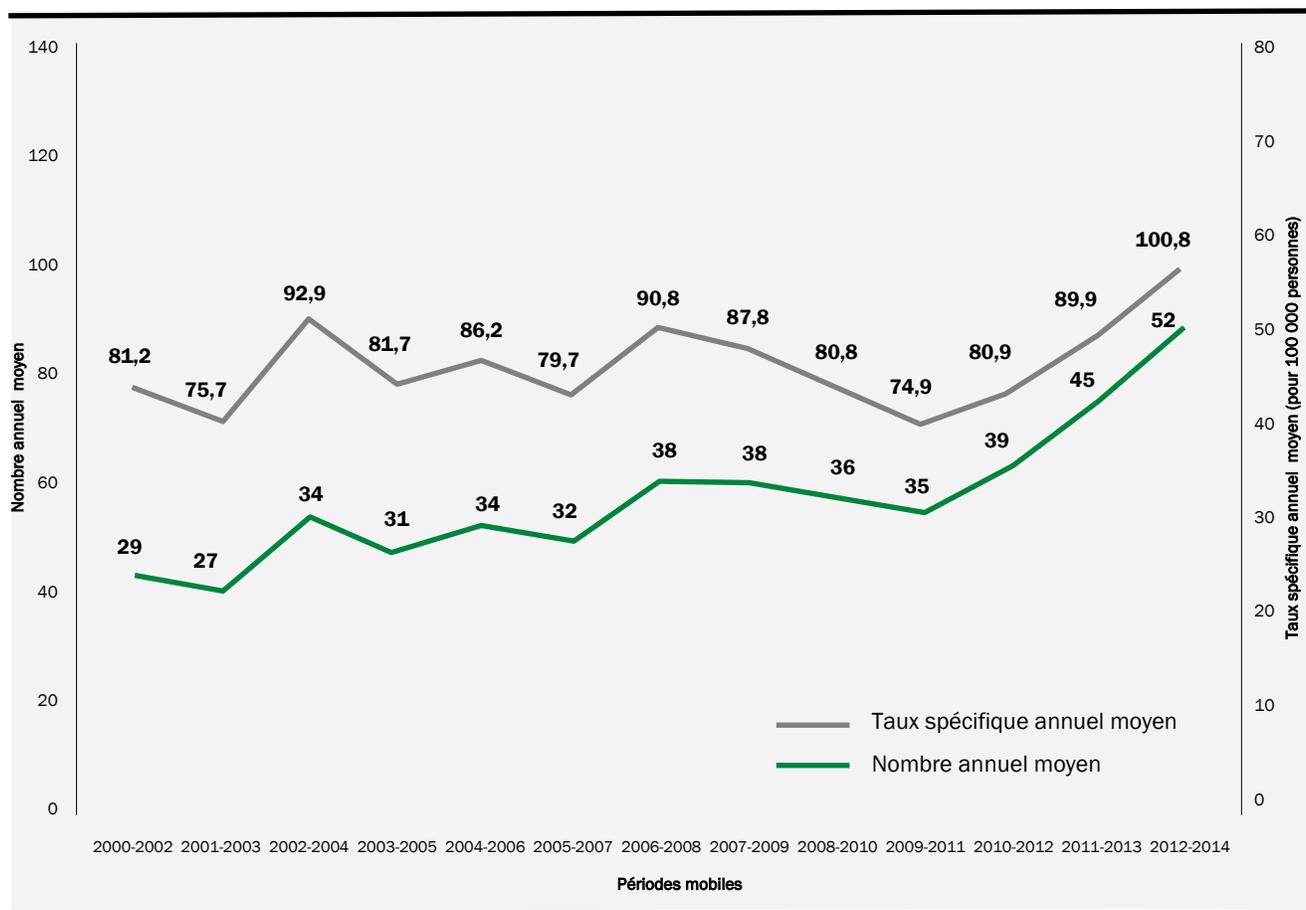
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des décès. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, avril 2018.

Le nombre de décès annuels causés par une chute chez les 65 ans et plus a augmenté depuis les années 2000 (figure 2), passant de 29 à 52 décès annuels entre 2000-2002 et 2012-2014. On remarque que cette augmentation s'accroît à partir de la période 2009-2011. Bien que la courbe des taux spécifiques annuels moyens semble augmenter sur la période à l'étude, les intervalles de confiance ne nous permettent pas de conclure à une augmentation des taux spécifiques. Comme pour les hospitalisations, l'augmentation du nombre annuel moyen est influencé par le vieillissement de la population.

## 1. Le portrait sommaire de la situation

Figure 2

Évolution des décès (nombre annuel moyen et taux spécifique annuel moyen) à la suite d'une chute chez les 65 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, périodes mobiles 2002-2003 à 2012-2014

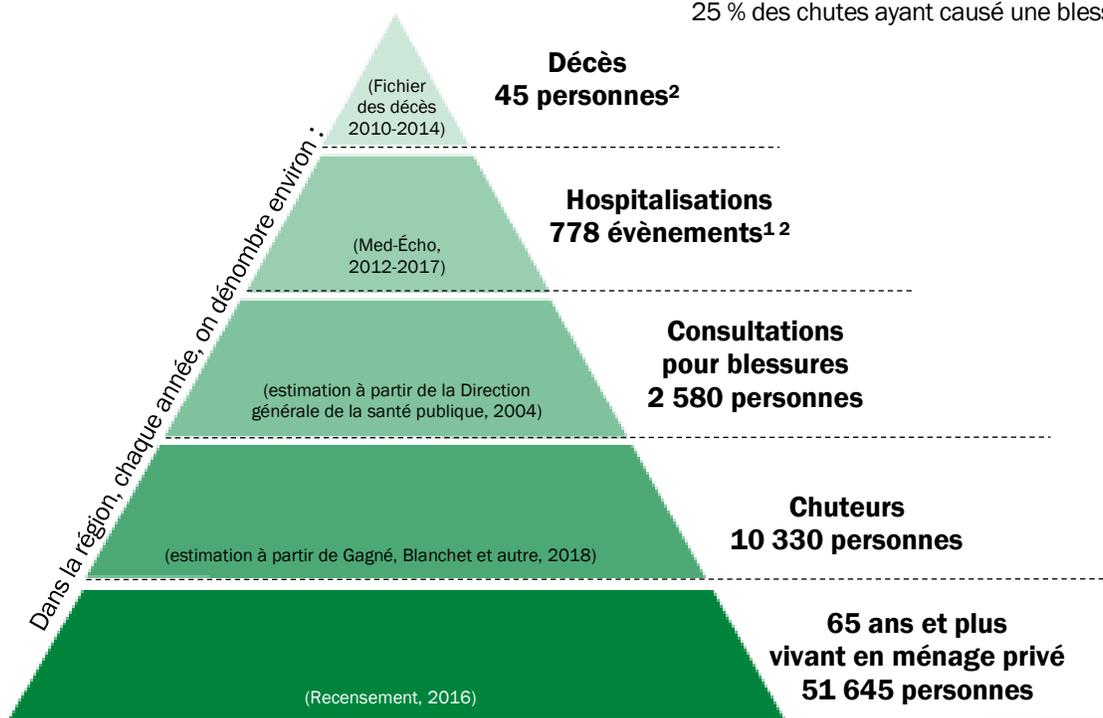


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des décès. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, avril 2018.

## 1. Le portrait sommaire de la situation

Figure 3

Les chutes chez les 65 ans et plus vivant à domicile au Saguenay-Lac-Saint-Jean



1. Ces données représentent des hospitalisations et non des individus. Un individu peut en effet être hospitalisé à plusieurs reprises au cours d'une période donnée.

2. Les personnes décédées ou hospitalisées peuvent vivre à domicile ou en institution.

### 1.2. Les circonstances durant lesquelles surviennent les chutes

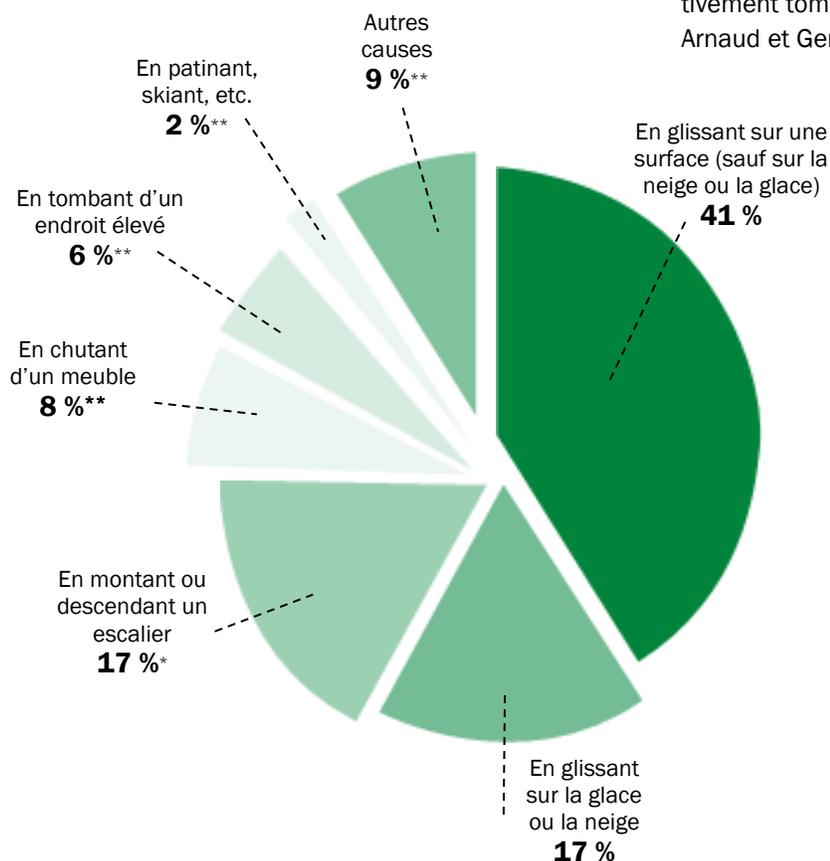
Les circonstances pouvant causer des chutes sont diverses. Au Québec, dans 41 % des cas, c'est en glissant sur une surface autre que la neige ou la glace que la personne aînée a chuté (figure 4). Les deux autres causes de chute les plus fréquentes sont celles impliquant la neige ou la glace (17 %) et celles impliquant un escalier (17 %). Les chutes d'un meuble, d'un endroit élevé, en patinant, en skiant, etc., et les autres causes représentent au total 25 % des chutes ayant causé une blessure.

Source : Statistique Canada, Recensement, 2016, tableaux personnalisés. Reproduit et diffusé « tel quel » avec la permission de Statistique Canada; Direction générale de la santé publique, 2004; Gagné, Blanchet et autre, 2018; ministère de la Santé et des Services sociaux, Med-Écho et Fichier des décès.

## 1. Le portrait sommaire de la situation

Figure 4

Répartition des 65 ans et plus victimes d'une blessure causée par une chute selon la circonstance, Québec, 2008



Notes : \* 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 %. La valeur de la proportion est imprécise et n'est fournie qu'à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008. D'après la Direction générale adjointe de la santé publique (2012).

### 1.3. Le risque perçu de chute

En 2008-2009, au Canada, 34 % des personnes âgées de 65 ans et plus disaient craindre de tomber à l'avenir. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (42 %) que chez les hommes (24 %). Environ le tiers de celles qui percevaient un risque de chute étaient effectivement tombées dans la dernière année (Pearson, St-Arnaud et Geran, 2014).

« Une crainte exagérée de tomber peut faire augmenter le risque de chute et compromettre la participation aux activités sociales et physiques ainsi que la qualité de vie. [Au Canada] chez les personnes de 65 ans et plus qui percevaient un risque de chute, environ 44 % ont dit qu'elles avaient cessé de faire certaines activités qui leur plaisaient parce qu'elles avaient peur de tomber. Les chutes font augmenter la perception des risques de chute et vice-versa. Elles peuvent amener une personne à craindre de tomber dans [sic] l'avenir, tandis que la perception des risques de chute peut inciter la personne à réduire sa participation à des activités qui aident à développer la force, l'équilibre, la confiance et l'estime de soi. » (Ibidem : 2).

## 2. Les facteurs de risque et de blessures liés aux chutes

De manière générale, les problèmes d'équilibre et de chute découlent de changements physiologiques liés au vieillissement et contribuent à la fragilité des personnes de 65 ans et plus.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, une chute est habituellement provoquée par une interaction complexe entre de multiples facteurs. Ces facteurs peuvent être biologiques ou intrinsèques, comportementaux, environnementaux ou extrinsèques, ou encore liés à des facteurs socioéconomiques.

### 2.1. Les facteurs biologiques ou intrinsèques

Plusieurs facteurs individuels peuvent avoir un impact sur le risque de chute : les déficiences cognitives, les incapacités (déficiences visuelles, perte de mobilité, etc.), les faiblesses musculaires, la baisse de la forme physique et les troubles de l'équilibre et de la démarche ainsi que les maladies chroniques.

Les déficiences cognitives augmentent le risque de tomber et de se blesser. En effet, ce risque est deux à trois fois plus élevé chez les personnes âgées de 65 ans et plus atteintes d'une démence ou d'une autre déficience cognitive que chez celles sans déficience cognitive (Agence de la santé publique du Canada, 2014). Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en 2015-2016, la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs chez les 65 à 74 ans est de 2 %, cette proportion augmente à 10 % chez les 75 à 84 ans et à 27 % chez les 85 ans et plus.

Les incapacités sont aussi des causes de chute. Par exemple, « la perte de la sensibilité du champ visuel, de l'acuité visuelle, de la sensibilité aux contrastes ou de la vision stéréoscopique sont associées au vieillissement et à une hausse du risque de chute » (*Ibidem* : 29). Au Saguenay-Lac-Saint-

Jean, 46 % des 65 à 74 ans sont parfois ou souvent limités dans une activité de la vie quotidienne. Cette proportion augmente à 64 % chez les 75 ans et plus (2012).

Dans un même ordre d'idée, les pertes de force musculaire, la baisse de la forme physique et d'endurance ainsi que les troubles de l'équilibre peuvent réduire la capacité d'une personne à se tenir debout lorsqu'elle glisse ou trébuche. D'ailleurs, « le regroupement constitué de l'American Geriatrics Society, de la British Geriatrics Society et de l'American Academy of Orthopaedic Surgeons a trouvé que la faiblesse musculaire constituait le facteur de risque le plus important et qu'elle augmentait le risque de chute de quatre à cinq fois » (Agence de la santé publique du Canada, 2014 : 30).

Aussi, de nombreuses maladies chroniques peuvent augmenter le risque de chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus, par exemple les troubles neurologiques (maladie de Parkinson), le diabète (neuropathies, rétinopathies, néphropathies), l'arthrite, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale terminale, la bronchite chronique (maladie pulmonaire obstructive chronique) et les répercussions d'un accident vasculaire cérébral (Agence de la santé publique du Canada, 2014; Gagné, Blanchet et autres, 2018). Ces maladies chroniques provoquent des limitations physiques qui affectent la mobilité, la démarche et l'équilibre. En 2012, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, 87 % des personnes âgées de 65 ans et plus déclarent avoir au moins une maladie chronique parmi celles documentées dans l'Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean<sup>1</sup>.

Toujours au chapitre des maladies chroniques, l'ostéoporose accroît le risque de fracture après une chute (Agence de la santé publique du Canada, 2014). Mais il faut aussi considérer que la fragilisation osseuse due à l'ostéoporose peut contribuer à des fractures spontanées ou qui se produisent suite à un faible impact : la chute survenant alors après la fracture.

## 2. Les facteurs de risque et de blessures liés aux chutes

Plusieurs auteurs évaluent entre 1 % et 15 % la prévalence des fractures spontanées de la hanche qui entraîneraient une chute (Parker et Twemlow, 1997).

### 2.2. Les facteurs comportementaux

De nombreux comportements peuvent être à l'origine des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les antécédents de chutes sont l'un des principaux facteurs de prédiction des chutes futures (Todd et Skelton, 2004). En effet, le risque d'une nouvelle chute au cours de l'année suivante est trois fois plus élevé chez les ceux ayant déjà été victimes d'au moins une chute que celles sans antécédents de chutes (Agence de la santé publique du Canada, 2014).

Avoir des comportements à risque, comme monter sur une échelle ou sur une chaise instable, prêter peu d'attention à son environnement (chaîne de trottoir, présence de glace au sol, etc.), marcher sans canne si la personne en dépend sont autant de facteurs de risque de chute et de blessures. Ce facteur est d'autant plus présent chez les personnes ayant des troubles cognitifs.

Certaines habitudes de vie peuvent être la cause de chute. À cet égard, un « certain nombre d'études ont révélé que les personnes âgées mal nourries qui se présentent au service d'urgence sont plus susceptibles de déclarer avoir fait une chute au cours des six mois précédents » (Agence de la santé publique du Canada, 2014). Dans la région, 52 % des 65 à 74 ans et 55 % des 75 ans et plus consomment quatre portions et moins de légumes et de fruits par jour (2012). La consommation de fruits et de légumes n'est qu'un élément d'une alimentation saine et variée. Cet indicateur nous indique néanmoins certaines fragilités chez les 65 ans et plus de la

région. L'insécurité alimentaire est une réalité chez 8 % des 65 à 74 ans et 6 % chez les 75 ans et plus (2012).

La sédentarité est un autre facteur de risque important de chute. Les chuteurs ont tendance à être des personnes moins actives physiquement (Todd et Skelton, 2004). Une personne âgée de 65 ans et plus active est plus vive, elle a plus d'équilibre et plus de masse musculaire. Dans la région, 29 % des 65-74 ans et 41 % des 75 ans et plus sont sédentaires dans leurs activités de loisirs. Le manque d'intérêt ou de motivation ainsi que la fatigue et le manque d'énergie sont les principales raisons invoquées pour ne pas faire davantage d'activité physique.

La consommation d'alcool peut aussi être à l'origine de chute. En effet, l'alcool a tendance à altérer les perceptions, l'équilibre et la démarche. Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, 75 % des 65 à 74 ans et 49 % des 75 ans et plus ont bu de l'alcool au cours des douze derniers mois ayant précédé l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean* (2012).

La consommation de médicaments est un autre facteur de risque lié aux habitudes de vie des personnes âgées de 65 ans et plus (Ming et Zecevic, 2018). Il existe :

*« une forte corrélation entre la survenue de chutes et de fractures chez les personnes âgées et la prise de certains médicaments – particulièrement les psychotropes (qui agissent sur l'humeur), les calmants (qui entraînent un apaisement) et les somnifères (qui induisent le sommeil), qui englobent les benzodiazépines, les antidépresseurs et les antipsychotiques. [...] Tout médicament réduisant la densité osseuse ou augmentant le risque de saignement peut accroître le risque de se blesser en tombant et la gravité des blessures subies » (Ibidem : 33).*

2. Problèmes d'arthrite, d'arthrose et de rhumatisme, asthme, diabète, maladies cardiaques, bronchite chronique (maladie pulmonaire obstructive chronique), hypertension artérielle et problèmes de cholestérol.

## 2. Les facteurs de risque et de blessures liés aux chutes

En 2008, 36 % des personnes âgées de 65 ans et plus consomment des anxiolytiques, des sédatifs ou des hypnotiques de façon régulière dans la région. Aussi, le risque de chute est particulièrement élevé chez ceux prenant trois ou quatre médicaments à la fois. En 2003, 69 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont consommé au moins trois médicaments distincts au cours des deux jours ayant précédé l'enquête. Notons aussi que le risque de chute s'accroît quand il y a consommation concomitante d'alcool et de médicaments (*Ibidem*).

### 2.3. Les facteurs environnementaux ou extrinsèques

Les facteurs de risque environnementaux sont ceux qui sont associés au milieu physique. Environ 40 à 60 % des chutes sont liées à ces facteurs environnementaux (*Ibidem*).

Les facteurs de risque à domicile sont le principal facteur environnemental des chutes. On peut penser aux tapis, aux cordons électriques, au seuil de porte surélevé, au mauvais éclairage, au plancher encombré ou glissant, etc.

Les principaux facteurs de risque dans la communauté sont « dus aux normes de conception et aux codes du bâtiment qui ne prennent pas toujours en considération les besoins des personnes âgées » (*Ibidem* : 34). On peut penser aux escaliers mal conçus, à l'absence de main courante, aux intersections non protégées par un feu de circulation, à l'éclairage insuffisant, à l'absence d'aires de repos (parc, banc public par exemple), etc. Les dangers peuvent aussi apparaître lorsque l'entretien des rues et des trottoirs fait défaut l'hiver ou lors d'aménagement urbain propice aux obstacles et au trébuchement. Rappelons que 41 % des chutes au Québec surviennent en glissant sur une surface autre que la neige ou la glace et que 17 % se produisent en glissant sur la glace ou la neige.

### 2.4. Les facteurs socioéconomiques

Les caractéristiques socioéconomiques des 65 ans et plus déterminent leurs conditions et leur qualité de vie. Bien que l'existence d'une corrélation directe entre les chutes et les facteurs socioéconomiques n'ait pas encore été solidement établie, certaines données font ressortir des liens entre ces facteurs et les chutes (Agence de la santé publique du Canada, 2014; Gagné, Blanchet et autres, 2018).

Ces conditions de vie représentent des facteurs de risque potentiels de chute chez les 65 ans et plus. Les résultats de l'étude de Gagné, Blanchet et autres (2018) indiquent que les québécois de cet âge moins scolarisés, à faible revenu, de même que ceux qui vivent seuls semblent plus à risque de chute que ceux qui sont plus favorisés matériellement ou qui vivent en couple.

Dans la région, en 2011, près de 30 % des 65 ans et plus vivent seuls, soit 40 % chez les femmes et près de 20 % chez les hommes. En 2016, 21 % des 65 ans et plus vivent sous le seuil de la mesure du faible revenu après impôts.

Notons aussi qu'un faible niveau de scolarité ou de littératie en santé peut jouer un rôle non seulement en empêchant les personnes de profiter de ressources électroniques ou imprimées sur les moyens de prévenir les chutes mais aussi en limitant leur capacité à agir, par exemple pour répondre à leurs besoins de services de santé ou pour intervenir sur leur environnement.

### 3. Les conséquences des chutes

Les chutes peuvent s'accompagner de blessures graves et invalidantes comme des fractures, des hématomes au niveau craniocérébral, des blessures musculaires, etc. Les fractures sont l'une des conséquences les plus sérieuses des chutes. Elles peuvent provoquer une perte d'autonomie importante allant jusqu'au placement en institution. En effet, on estime que chez les personnes de 65 ans et plus qui survivent après une fracture de la hanche :

- 50 % ne retrouvent jamais complètement leurs capacités fonctionnelles;
- entre, 13 % et 20 % sont institutionnalisés;
- 25 % décèdent en moins de six mois (Direction générale de la santé publique, 2004).

Mais, les chutes ont aussi des conséquences psychologiques qu'il ne faut pas négliger, et ce, même si la chute n'a pas occasionné de blessures. Le fait d'être tombé, et en particulier le fait d'être resté immobilisé au sol sans pouvoir se relever, peut entraîner une forte anxiété quant à l'éventualité d'une autre chute. La personne a perdu confiance en ses capacités et cela peut se traduire par des sentiments dépressifs : tristesse, manque de motivation, trouble de l'appétit et du sommeil, etc.

Un cercle vicieux peut aussi s'installer. En effet, il peut arriver que les conséquences psychologiques des chutes liées à la limitation volontaire des activités entraînent un trouble de la posture qui engendre à son tour une plus grande difficulté à se déplacer et se mouvoir, ce qui met la personne à risque d'une nouvelle

chute. Cet état est appelé syndrome post-chute. De plus, ces conséquences psychologiques amènent de nouvelles conséquences physiques dues à la baisse d'activités : baisse de la force musculaire qui entraîne une baisse de l'équilibre qui peut augmenter le risque de chute.

La perte de confiance en ses capacités et l'anxiété de chuter à nouveau peut avoir comme conséquence de réduire les sorties et les déplacements, entraînant des troubles psychologiques pouvant aller jusqu'à la dépression. Cette attitude peut mener à une diminution des contacts avec d'autres personnes, un appauvrissement de sa vie sociale et une forte dépendance vis-à-vis des proches ou des aides à domicile.

Notons aussi que les chutes peuvent avoir un impact économique pour le système de santé et de services sociaux substantiel. Par exemple, 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 (Direction générale adjointe de la santé publique, 2012).

## Conclusion

Les chutes sont des phénomènes fréquents chez les personnes de 65 ans et plus. Elles peuvent causer des blessures dont certaines vont nécessiter des soins médicaux et une hospitalisation. Ces blessures, qui peuvent être graves et invalidantes, sont susceptibles de provoquer une perte d'autonomie importante aboutissant parfois au placement en institution. Par exemple, la moitié des personnes de 65 ans et plus qui survivent à une fracture de la hanche ne retrouvent jamais complètement leurs capacités fonctionnelles. C'est pourquoi, la chute est un important prédicteur de perte d'autonomie et de l'hébergement institutionnel (Direction générale de la santé publique, 2004). Les conséquences des chutes peuvent aussi être psychologiques (anxiété, dépression, etc.) et sociales (isolement, dépendance envers les proches, etc.). Elles peuvent également avoir des conséquences sur l'espérance de vie puisqu'elles peuvent entraîner le décès du chuteur.

Les facteurs de risque sont nombreux. Ils peuvent être biologiques, comportementaux ou environnementaux. L'accumulation de facteurs de risque multiplie le risque de chute chez ces personnes. Le syndrome post-chute est aussi un facteur à prendre en considération : la peur de chuter entraîne des conséquences psychologiques et physiques qui affaiblissent le chuteur et le mettent à risque d'éventuelles chutes subséquentes. Les stratégies d'intervention prenant en compte plusieurs facteurs de risque sont à privilégier afin de réduire les conséquences sur la qualité de vie des personnes âgées (Gagné, Blanchet et autres, 2018).

Néanmoins, les stratégies d'intervention doivent aussi s'inscrire dans une perspective plus large : celle du vieillissement en santé. Rappelons que vieillir en santé est « un processus permanent d'optimisation des pos-

sibilités permettant aux personnes âgées d'améliorer et de préserver leur santé et leur bien-être physique, social et mental, et de conserver leur autonomie et leur qualité de vie, tout en favorisant des transitions harmonieuses entre les différentes étapes de leur vie » (Santé Canada, 2001). Il est essentiel d'agir auprès de toutes les personnes vieillissantes, peu importe leur santé ou leur niveau d'autonomie.

Le modèle québécois pour un vieillissement en santé propose cinq axes d'intervention (Cardinal, Langlois et autres, 2008) :

- améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation;
- créer des milieux de vie sains et sécuritaires;
- favoriser l'engagement et la participation des personnes âgées et améliorer le soutien de celles-ci;
- organiser adéquatement les services de santé et les services sociaux (de la prévention aux soins de fin de vie);
- améliorer l'environnement général et les conditions de vie.

C'est donc un ensemble de partenaires qui peuvent agir conjointement pour améliorer la santé des personnes vieillissantes. Des gestionnaires et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux aux partenaires du réseau intersectoriel (organismes communautaires, ministères et organismes, milieu municipal) en passant par la communauté, la famille et les proches, chacun a un rôle à jouer non seulement dans la prévention et la réduction des chutes chez les personnes de 65 ans et plus, mais aussi dans le maintien de leur santé.

## Bibliographie

La population de 65 ans et plus doublera d'ici vingt ans, alors qu'une personne sur quatre au Saguenay-Lac-Saint-Jean aura cet âge. La contribution de cette population grandissante est essentielle à la société sur le plan de l'implication familiale, sociale, économique et culturelle. Il est important de les soutenir et de leur offrir un contexte de vie favorable à l'amélioration et au maintien de leur santé et de leur qualité de vie.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2014). *Chutes chez les aînés au Canada : deuxième rapport*, 71 p.

CARDINAL, Lise, Marie-Claude LANGLOIS, Denise GAGNÉ et André TOURIGNY (2008) *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec, 58 p.

DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2012). *Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 12 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 108 p.

GAGNÉ, Mathieu, Carole BLANCHET, Sonia JEAN et Denis HAMEL (2018). *Chutes et facteurs associés chez les aînés québécois vivant à domicile*, Institut national de santé publique du Québec, 19 p.

MING, Yu, et Aleksandra ZECEVIC (2018). "Medications & Polypharmacy Influence on Recurrent Fallers in Community: a Systematic Review", *Canadian Geriatrics Journal*, vol. 21, n°1, p. 14-25.

PARKER, Martyn J. et Thomas R. TWEMLOW (1997). « Spontaneous Hip Fractures 44/872 in a Prospective Study », *Acta Orthopaedica Scandinavica*, vol. 68, no4, p. 325-326.

PEARSON, Caryn, Julie ST-ARNAUD et Leslie GERAN (2014). *Comprendre le risque de chute chez les aînés et leur perception du risque*, Statistique Canada, coll. Coup d'oeil sur la santé, 11 p.

RUBENSTEIN, Laurence Z. (2006). "Falls in Older People: Epidemiology, Risk Factors and Strategies for Prevention", *Age and Ageing*, vol. 35, n°2, p. 37-41.

SANTÉ CANADA (2001). *Atelier sur le vieillissement en santé. Partie 1 : Le vieillissement et les pratiques de santé*, 42 p.

TODD, C., et D. SKELTON (2004). *What are the Main Risk Factors for Falls amongst Older People and What are the Most Effective Interventions to Prevent these Falls?*, Organisation mondiale de la Santé, 28 p.

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Saguenay-  
Lac-Saint-Jean*

Québec 