



PLUS FORT
AVEC VOUS

Rapport sur les chutes survenues à l'intérieur auprès de la population de 60 ans et plus

SUR LE TERRITOIRE MONTRÉALAIS POUR LA PÉRIODE 2015-2021

Québec 

Rapport sur les chutes survenues à l'intérieur auprès de la population de 60 ans et plus sur le territoire montréalais pour la période 2015-2021 est une production de la Direction régionale de santé publique (DRSP) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Mai 2025

1560, rue Sherbrooke Est
Pavillon J.-A. DeSève
Montréal (Québec) H2L 4M1
www.drspmtl.ca

Ce rapport est destiné à tous les acteurs intersectoriels et à la collectivité.

COORDINATION ET DIRECTION SCIENTIFIQUE

Anne Pelletier, cheffe de service, Santé environnementale et parcours de vie en milieux urbains (SEPVMU)
Sidonie Pénicaud, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, SEPVMU
Catherine Verreault, cheffe médicale du secteur Environnements urbains et santé des populations (EUSP)

RÉDACTION

Barbara Fillion, ergothérapeute, MA (Ed.), agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), SEPVMU
Billy Picard, kinésiologue, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), SEPVMU
François Tessier, M.Sc. Études urbaines, agent de planification, de programmation et de recherche (APPR), SEPVMU

COLLABORATION INTERNE

Marie-Chantal Gélinas, ergothérapeute, agente de planification de programmation et de recherche (APPR), SEPVMU
Sophie Goudreau, agente de planification de programmation et de recherche (APPR), SEPVMU
Paule Lebel, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, SEPVMU

COLLABORATION EXTERNE

Camille Gagnon, PharmD MSc, directrice adjointe, Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription

RÉVISION LINGUISTIQUE ET MISE EN PAGE

Rafika Naciri, agente administrative, DRSP

GRAPHISME

Atlas & Axis

REMERCIEMENT

Nous remercions Urgences-santé pour la transmission des données essentielles à l'élaboration de ce rapport.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation du site Web : <https://www.drspmtl.ca>

© Gouvernement du Québec, 2025
ISBN : 978-2-555-00483-2 (En ligne)

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
Bibliothèque et Archives Canada, 2025

Table des matières

Faits saillants	4
Introduction	5
Mise en contexte.....	5
Méthodologie	7
Résultats	7
Répartition des chutes survenues à l'intérieur selon le sexe sur l'île de Montréal pour la période de 2015 à 2021.....	7
Répartition des chutes survenues à l'intérieur selon l'âge et le sexe sur l'île de Montréal pour la période de 2015 à 2021	8
Types d'interventions post-chutes survenues à l'intérieur à la suite d'un appel fait à Urgences-santé sur l'île de Montréal pour la période de 2015 à 2021	9
Répartition des chutes survenues à l'intérieur sur une période de 24 heures sur l'île de Montréal pour la période de 2015 à 2021	10
Fréquence d'occurrence des mots-clés enregistrés par les répartiteurs médicaux d'Urgences-santé lors de chutes survenues à l'intérieur, île de Montréal, 2015 à 2021.....	11
Les limites méthodologiques	14
Pistes d'actions sur la prévention des chutes à l'intention des acteurs intersectoriels et de la communauté	15
Conclusion	18
Références	19

FAITS SAILLANTS

Les chutes et les traumatismes associés chez les personnes âgées représentent un enjeu important de santé publique, qu'elles aient lieu à l'intérieur du domicile ou à l'extérieur. En raison du vieillissement de la population, il est important de tout mettre en œuvre pour intensifier les actions préventives afin de réduire les risques de chute et ainsi favoriser un vieillissement en santé et le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Parmi les chutes ayant eu lieu à l'intérieur du domicile répertoriés par Urgences-santé chez les personnes de 60 ans et plus :



Les femmes représentent les deux tiers des appels à Urgences-santé liés à une chute survenue à l'intérieur et cette proportion augmente avec l'âge.



La majorité des chutes se produit en journée et de façon plus marquée le matin.



La chambre à coucher ainsi que la salle de bain semblent être les pièces de la maison où les chutes surviennent plus fréquemment.



Introduction

Cette publication présente une analyse inédite des données d’Urgences-santé en lien avec les chutes survenues à l’intérieur du domicile. Ce rapport s’adresse aux acteurs intersectoriels ayant un rôle à jouer directement auprès des personnes âgées ou dans l’aménagement de milieux de vie sécuritaires pour les personnes âgées, soient les professionnels de la santé, les intervenants communautaires, les propriétaires d’immeubles, les gestionnaires de Résidences pour âgés (RPA) et les intervenants d’Urgences-santé.

L’analyse proposée permet de caractériser les circonstances des chutes qui surviennent à l’intérieur du domicile (le moment de la journée, les pièces de la maison où la chute se produit) ainsi que le profil sociodémographique des personnes ayant chuté (ex. l’âge et le sexe). Comme il s’agit d’une étude exploratoire, des travaux supplémentaires seraient nécessaires afin de mieux contextualiser les circonstances entourant les chutes nécessitant un appel à Urgences-Santé.

Ce rapport est complémentaire au [Portrait sur les chutes extérieures sur le territoire montréalais](#), publié à l’automne 2023 par la Direction régionale de santé publique (DRSP) de Montréal, et utilise la même méthodologie.

Le rapport comprend cinq sections :

- la mise en contexte des chutes chez les personnes âgées,
- la méthodologie utilisée,
- la présentation des résultats,
- les limites de l’étude,
- les pistes d’action.

Mise en contexte

Les chutes représentent un enjeu important de santé publique chez les personnes âgées. Selon l’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2022), environ un tiers des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile au Québec feront une chute au cours de l’année. Le risque de chute augmente significativement avec l’âge, et les conséquences sont plus graves chez les personnes de 80 ans et plus. Cela représente la première cause d’hospitalisation attribuable aux traumatismes non intentionnels chez les 65 ans et plus. Les chutes peuvent également entraîner des fractures, de la douleur chronique, une perte de mobilité, une perte d’autonomie, la peur de chuter à nouveau, ce qui peut mener à un déconditionnement et même à la mortalité (MSSS, 2019). Elles peuvent également précipiter l’hébergement en institution pour certaines personnes âgées ayant des incapacités permanentes. De plus, les chutes occasionnent des coûts de santé importants. En 2018, au Canada on estime que le coût direct associé aux chutes chez les personnes âgées de 65 et plus était de **5,6 milliards de dollars** (Parachute, 2021).

La chute est un événement dont les causes sont multifactorielles et en vieillissant, les facteurs de risque associés aux chutes s'additionnent et interagissent entre eux. Le tableau 1 présente les différents facteurs de risques ainsi qu'une liste non exhaustive des différentes composantes associées à chaque facteur.

Tableau 1. Facteurs de risque associés aux chutes chez les personnes âgées

FACTEURS DE RISQUE	COMPOSANTES ASSOCIÉES AUX FACTEURS DE RISQUE
Facteurs de risque individuels	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles neurologiques • Troubles cardiovasculaires • Troubles ostéoarticulaires • État cognitif et psychologique • Hypotension orthostatique • Consommation de médicaments (nombres et classes de médicaments) • Altération de la vision et de l'audition • Capacités motrices (altération de la démarche, de l'équilibre de la force musculaire des membres inférieurs) • Incontinence urinaire • Peur de tomber et antécédent de chute
Facteurs comportementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Inactivité physique • Comportements sédentaires • Comportements non sécuritaires entraînant des prises de risque • Consommation d'alcool • Malnutrition
Facteurs environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Encombrement • Éclairage • Absence d'adaptation de l'environnement, telles les barres d'appui dans la salle de bain ou mains courantes dans les escaliers

Les facteurs comportementaux sont modifiables par des moyens préventifs qui sont fortement encouragés pour réduire le risque de chute chez les personnes âgées.

Les facteurs environnementaux du domicile sont à l'origine de 30 à 50 % des chutes selon l'analyse d'une revue de littérature effectuée dans le portail sur le vieillissement optimal de l'Université McMaster en 2024. Heureusement, ces facteurs sont modifiables par le biais d'adaptations domiciliaires et ces changements ont le potentiel de réduire considérablement les risques associés aux chutes qui surviennent à domicile (Lektip C et al., 2023 ; Clemson L et al., 2023). Cela est d'autant plus important, considérant que la majorité (90 %) des personnes âgées entre 60 et 75 ans vivent dans la communauté (DRSP, 2017).

Méthodologie

Dans le cadre de cette publication, une demande a été faite à Urgences-santé pour obtenir tous les événements associés à une chute survenue entre le 1er avril 2015 au 6 novembre 2021, chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Ces événements étaient tous reliés à des mots-clés (liste de 40 mots-clés en français et en anglais) associés à une chute survenue à l'intérieur du domicile. Lors des appels à Urgences-santé, des mots-clés sont notés par les répartiteurs médicaux d'urgences afin de transmettre l'information aux ambulanciers, mais également afin de garder une trace des appels. Ainsi, parmi les mots-clés retenus, on retrouve ceux associés à l'action de tomber (chuter, trébucher, tomber) ainsi que certains mobiliers et pièces du domicile (lit, salle de bain, cuisine) afin que les rapports comportant au moins l'un des mots figurant sur la liste puissent être identifiés. Cette méthode est une adaptation de celle utilisée par l'équipe de la Direction régionale de santé publique de Montréal qui collige les données d'Urgences-santé concernant les traumatismes routiers.

Ainsi, 60 396 événements correspondant à des chutes avérées ou probables ont été identifiés chez les personnes âgées de 60 ans et plus sur le territoire montréalais pour cette période. À la suite du nettoyage des données, il a été possible d'identifier 25 899 événements associés spécifiquement aux chutes survenues à l'intérieur. Les événements pour lesquels il était impossible de confirmer que la chute s'était produite à l'intérieur ont été retirés. Ces données ont par la suite été croisées avec les données sociodémographiques (âge et sexe) afin de permettre l'évaluation de la répartition des chutes survenues à l'intérieur selon différentes caractéristiques, lesquelles seront présentées dans ce rapport.

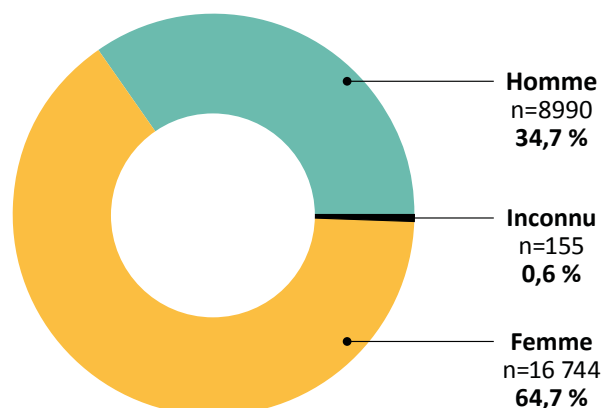
À noter que dans le cadre de cette étude, nous avons seulement analysé les chutes qui ont eu lieu au domicile. Les chutes en CHSLD ont été exclues. Les [limites méthodologiques](#) seront détaillées dans la section consacrée à ce sujet.

Résultats

RÉPARTITION DES CHUTES SURVENUES À L'INTÉRIEUR SELON LE SEXE SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL POUR LA PÉRIODE DE 2015 À 2021

La majorité des événements relatifs à une chute survenue à l'intérieur signalé à Urgences-santé concerne les femmes. En effet, les femmes représentent les deux tiers (64,7 %) des appels, alors que les hommes représentent environ le tiers (34,7 %).

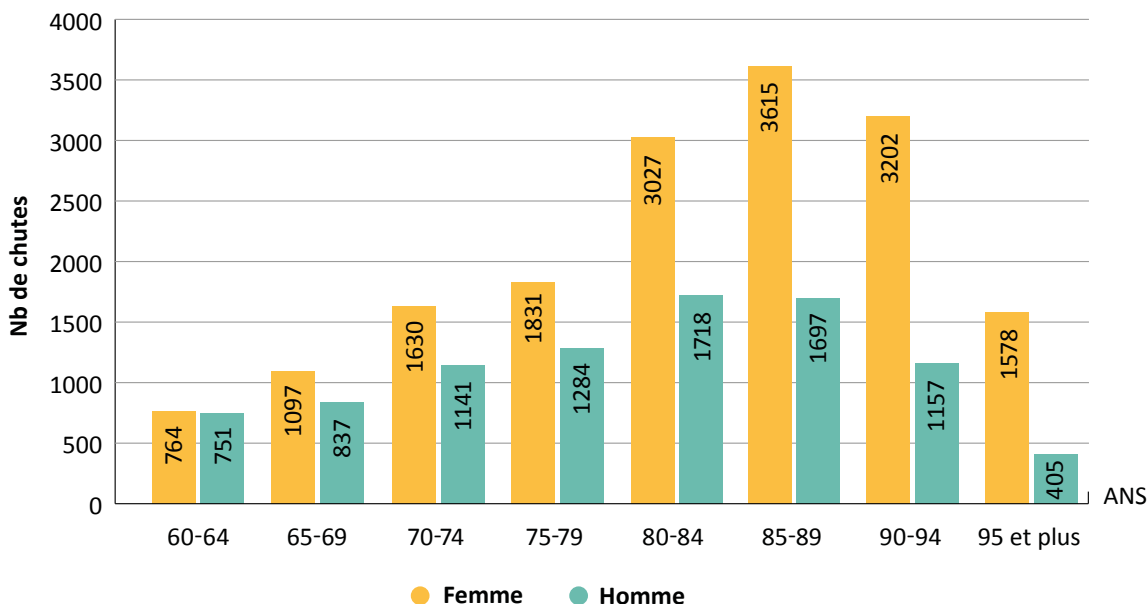
FIGURE 1 : Répartition des chutes survenues à l'intérieur selon le sexe, sur l'île de Montréal entre 2015 et 2021



RÉPARTITION DES CHUTES SURVENUES À L'INTÉRIEUR SELON L'ÂGE ET LE SEXE SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL POUR LA PÉRIODE DE 2015 À 2021

Entre 60 et 89 ans, le nombre de chutes survenues à l'intérieur augmente tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, l'écart entre les hommes et les femmes s'accroît avec l'âge. À partir de 80 ans, les femmes contactent deux fois plus Urgences-santé en lien avec une chute survenue à l'intérieur que les hommes. Une plus grande proportion de femmes de 60 ans et plus au sein de la population peut expliquer en partie la différence importante entre les sexes. Cependant, même à proportion égale, le nombre d'appels à la suite d'une chute demeure plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Malgré tout, cela ne permet pas d'affirmer que les femmes chutent plus que les hommes avec les présentes données. En revanche, il est possible que les femmes soient plus enclines à faire appel à Urgences-santé lorsqu'elles chutent. D'autres hypothèses telles que le fait que les femmes sont plus nombreuses à vivre seules et que les conséquences d'une chute chez la femme sont généralement plus graves en raison de la prévalence de l'ostéoporose pourraient aussi expliquer cette différence.

FIGURE 2 : Répartition des chutes survenues à l'intérieur selon l'âge et le sexe, sur l'île de Montréal entre 2015 et 2021

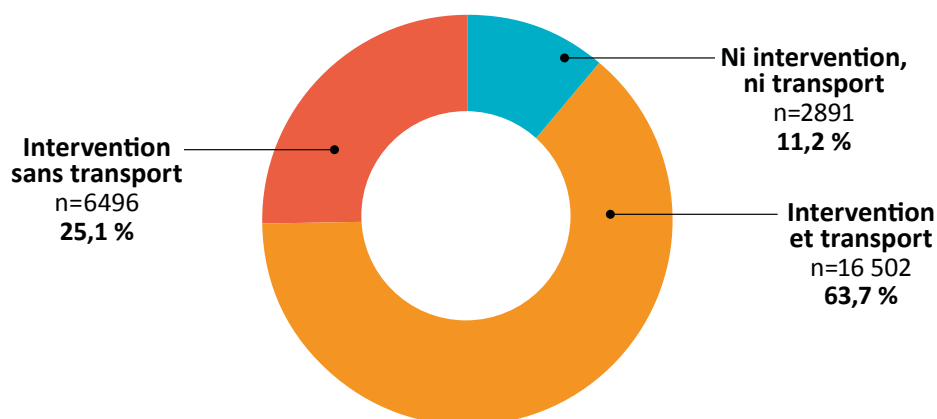


TYPES D'INTERVENTIONS POST-CHUTES SURVENUES À L'INTÉRIEUR À LA SUITE D'UN APPEL FAIT À URGENCES-SANTÉ SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL POUR LA PÉRIODE DE 2015 À 2021

Plus de 60 % (n=16 502) des appels ont occasionné une intervention et un transport ambulancier vers un centre hospitalier, tandis que 25 % (n=6496) des appels n'ont nécessité qu'une intervention sans transport et 11 % (n=2891) se sont limités à l'appel sans intervention (figure 3).

Il est important de mentionner que plusieurs personnes refusent le transport ambulancier vers le centre hospitalier une fois les ambulanciers sur place. Cependant, il est possible que certaines décident de consulter un professionnel de la santé dans les jours ou semaines suivants la chute. Il est donc difficile d'estimer le nombre précis de personnes qui ont chuté au cours d'une année, sans compter tous ceux qui n'appellent pas Urgences-santé et ne consultent pas à la suite d'une chute. En effet, malgré un nombre important d'évènements répertoriés par Urgences-santé en lien avec une chute survenue à l'intérieur, l'ampleur de la problématique est sous-estimée.

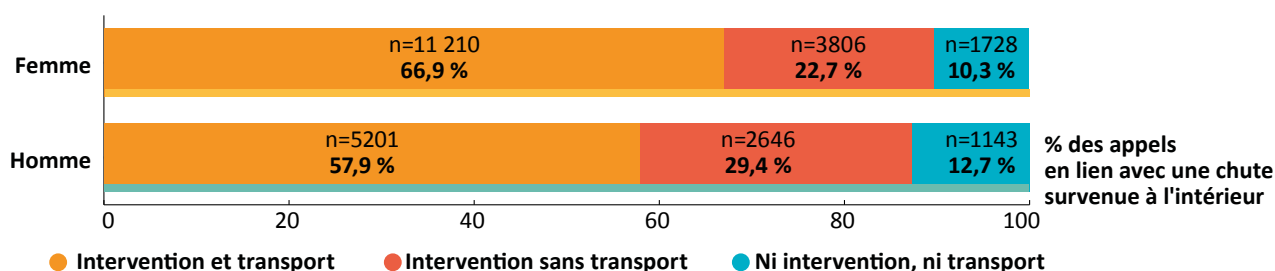
Figure 3 : Types d'interventions post-chutes survenues à l'intérieur à la suite d'un appel fait à Urgences-Santé sur l'île de Montréal entre 2015 et 2021



Les femmes (66,9 %) sont plus nombreuses que les hommes (57,9 %) à nécessiter une intervention et un transport ambulancier vers un centre hospitalier à la suite de l'appel à Urgences-santé en raison d'une chute survenue à l'intérieur.

Par ailleurs, une plus grande proportion d'hommes reçoit une intervention sans transport vers un centre hospitalier ou une absence d'intervention comparativement aux femmes (12,7 % contre 10,3 % respectivement) (figure 4).

FIGURE 4 : Types d'interventions post-chutes survenues à l'intérieur selon le sexe à la suite d'un appel fait à Urgences-Santé sur l'île de Montréal entre 2015 et 2021



RÉPARTITION DES CHUTES SURVENUES À L'INTÉRIEUR SUR UNE PÉRIODE DE 24 HEURES SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL POUR LA PÉRIODE DE 2015 À 2021

La majorité (60 %) des appels en lien avec une chute survenue à l'intérieur a lieu entre 7 h et 19 h. Plus précisément, 29,6 % sont survenues en avant-midi (7 h et 11 h 59) avec une plus grande proportion à 9 h, alors que 14,4 % ont eu lieu en début d'après-midi (12 h et 14 h 59), 16,8 % en fin de journée (15 h et 18 h 59). Par ailleurs, 17,2 % d'entre elles ont lieu en soirée (19 h et 23 h 59). Finalement, un pourcentage relativement important a été enregistré la nuit (minuit et 6 h 59), soit 22 % (figure 5).

La tendance générale, observée sur une période de 24 heures, est similaire pour tous les groupes d'âge (figure 6). Les chutes survenant à l'intérieur se produisent principalement au cours de la journée, avec une forte concentration en matinée. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette tendance. Tout d'abord, la chute coïncide souvent avec l'heure du lever ainsi qu'avec les effets résiduels des médicaments somnifères sur le système nerveux central. Ces médicaments peuvent diminuer la vigilance et affecter les réactions de protection et d'équilibre. Ce phénomène est particulièrement marqué chez les personnes âgées, puisque l'élimination de ces médicaments par le corps est souvent ralentie. Finalement, l'hypotension orthostatique qui est une condition médicale fréquente (30 % des personnes âgées de 65 ans et plus (MSSS, 2019)) peut causer des étourdissements ou une faiblesse en changeant de position comme pour sortir du lit ou si elles doivent se lever rapidement, cela augmente également les risques de chuter. Différents types de médicaments ayant un effet sur les systèmes nerveux ou cardiovasculaires, comme les diurétiques, les bêtabloquants, les antipsychotiques, ou encore certains antidépresseurs, peuvent causer ou aggraver l'hypotension orthostatique (Rivasi G. et al., 2020).

FIGURE 5 : Répartition des chutes survenues à l'intérieur sur 24 h selon le sexe, sur l'île de Montréal entre 2015 et 2021

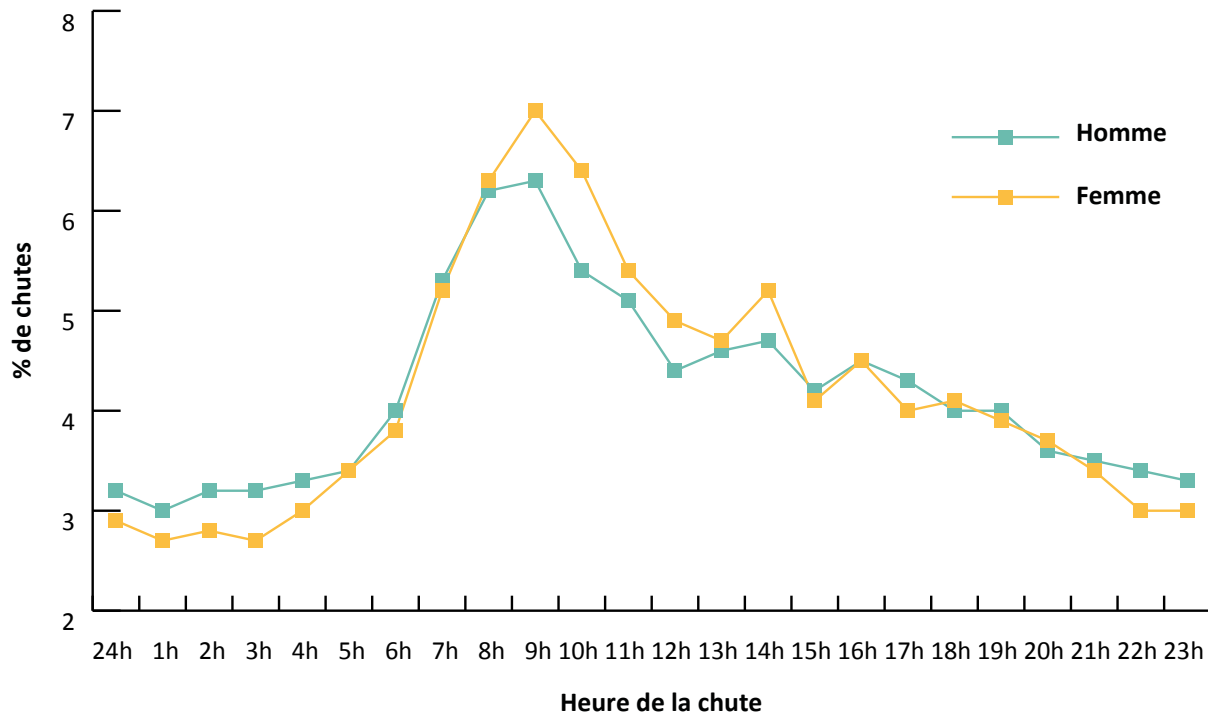
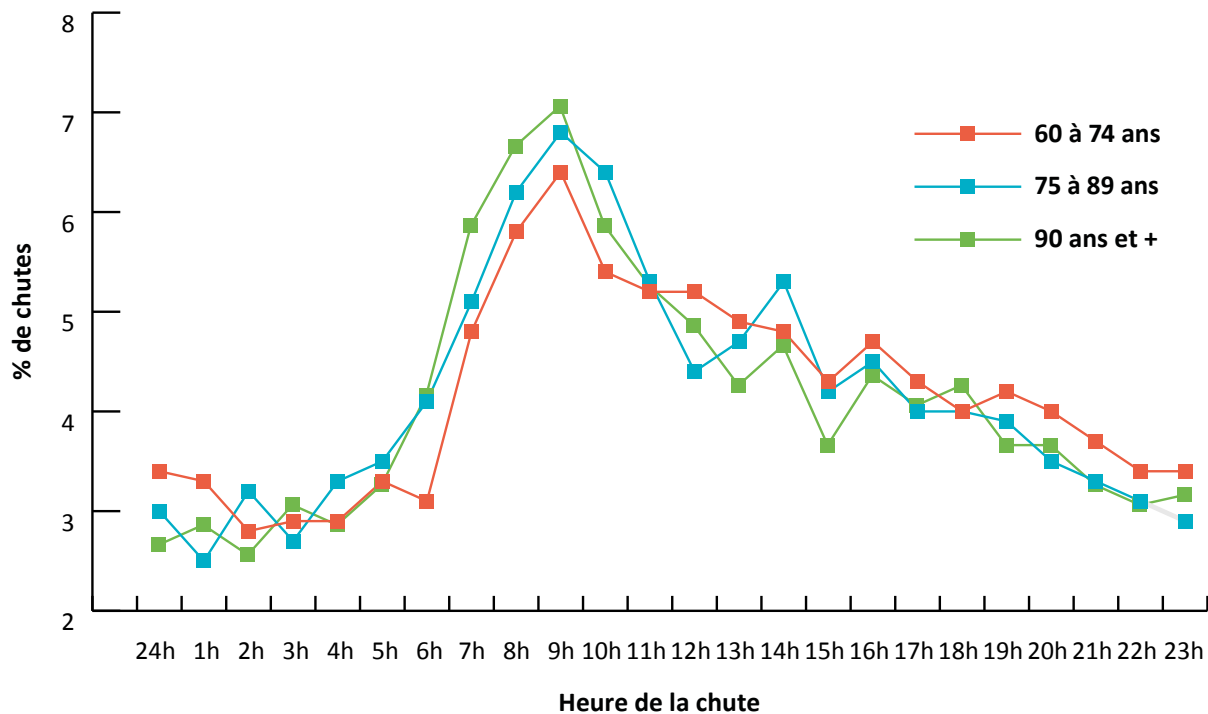


FIGURE 6 : Répartition des chutes survenues à l'intérieur sur 24 h selon l'âge, sur l'île de Montréal entre 2015 et 2021



FRÉQUENCE D'OCCURRENCE DES MOTS-CLÉS ENREGISTRÉS PAR LES RÉPARTITEURS MÉDICAUX D'URGENCES-SANTÉ LORS DE CHUTES SURVENUES À L'INTÉRIEUR, ÎLE DE MONTRÉAL, 2015 À 2021

Le point commun de tous les événements est la chute, donc les mots-clés associés spécifiquement à l'action de tomber (chuter, tomber, trébucher, fall, floor, etc.) sont présents dans tous les rapports d'événements. Il est important de mentionner que les événements ne sont pas mutuellement exclusifs, donc plusieurs mots-clés peuvent se retrouver dans un même rapport d'événement. Conséquemment, lorsqu'un meuble est mentionné dans le rapport d'événement, il est possible que la chute ait eu lieu dans la même pièce que ledit meuble (par exemple, s'il est question d'un lit, la chute peut avoir eu lieu dans la chambre). Puisqu'il est impossible de confirmer avec certitude le lieu de la chute, il est donc important de rester prudent dans l'interprétation des données.

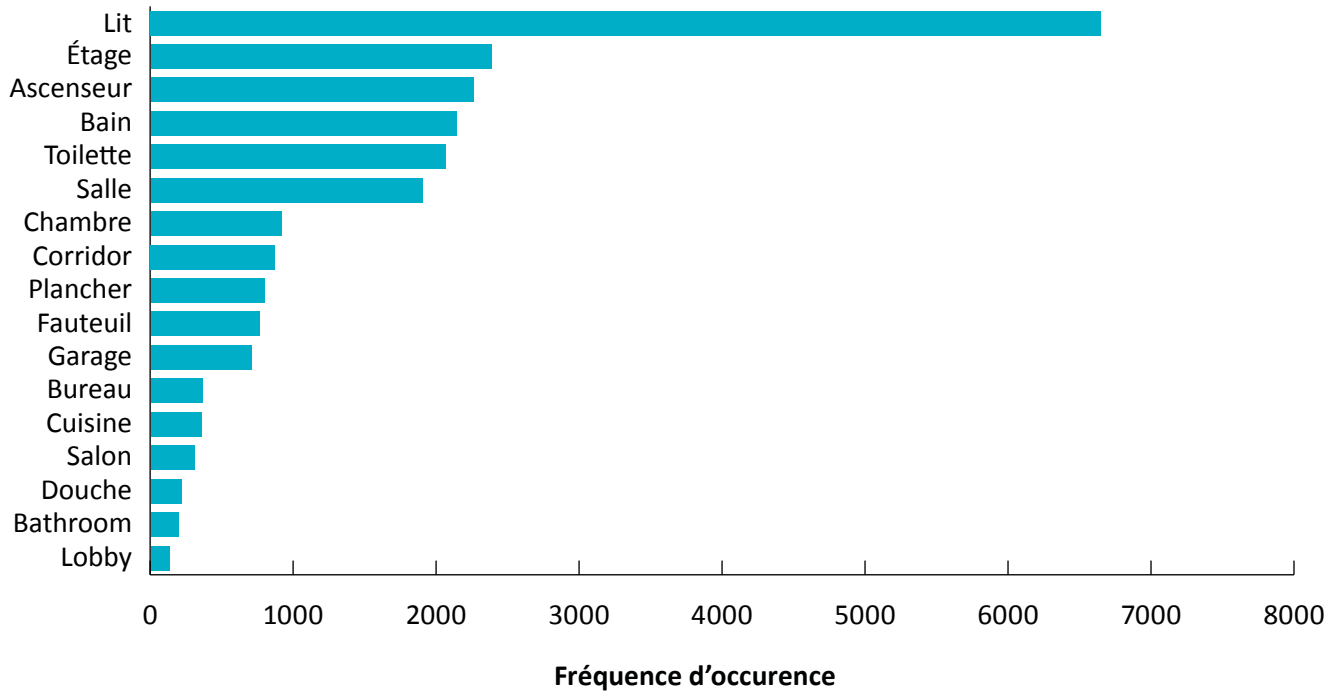
Le figure 7 présente la fréquence d'occurrence des mots-clés enregistrés lors des appels à Urgences-santé. En plus des mots-clés relatifs au champ lexical de la chute, il s'agit principalement de pièces du domicile ou de mobilier.

Ici le mot «salle» ne fait pas automatiquement référence à la salle de bain, il peut également référer à une salle à manger ou à une salle commune, par exemple. Considérant le nombre important d'événements associés à ce mot, il est probable qu'il fait référence à la salle de bain.

Enfin, 12 % des chutes (n=3093) auraient également eu lieu dans un couloir, un lobby et/ou un ascenseur. Celles-ci pourraient être associées à une chute qui survient lorsque la personne se déplace.

À noter que le mot-clé escalier (n=2274) a été exclus de l'analyse, puisqu'il était impossible de confirmer s'il s'agissait d'une chute qui avait eu lieu dans un escalier situé à l'intérieur ou l'extérieur du domicile.

FIGURE 7 : Fréquence d’occurrence des mots-clés dans les rapports d’événement enregistrés par les répartiteurs médicaux d’Urgences-santé parmi l’ensemble des chutes survenue à l’intérieur sur l’île de Montréal entre 2015 et 2021



Le rapport de surveillance sur les chutes chez les personnes âgées au Canada stipule que la majorité (61 %) des personnes s’étant blessées à la suite d’une chute sont tombées en marchant (Agence de santé publique du Canada, 2014). Les présentes données ne permettent pas de distinguer une chute survenue lors d’un transfert assis-debout versus en cours de déplacement en marchant. Toutefois, nos analyses démontrent qu’une majorité des chutes surviennent dans la chambre, suivie de la salle de bain puis dans les corridors, lobbies et ascenseurs (Kim, D. et al., 2017).

Les mots «lit» et/ou «chambre» ont été identifiés dans 28,8 % des appels (n=7458). Cela suggère que de nombreuses chutes pourraient s’être produites dans la chambre à coucher. La figure 8 montre que 20 % des événements impliquant le mot lit surviennent entre 7 h et 10 h, ce qui coïncide avec la forte concentration de chutes observées à la même heure (figure 5). L’hypothèse que ces chutes surviennent au moment du lever est plausible.

De plus, les mots-clés «bain», «toilette», «douche» et/ou «bathroom» ont été identifiés dans 17,2 % (n=4466) des événements liés à des chutes ou chutes probables dans la salle de bain. Cela suggère que de nombreuses chutes se produisent également dans la salle de bain. La figure 9 montre que les chutes liées à la salle de bain se produisent principalement en matinée, période durant laquelle les mots «toilette», «bain» et/ou «douche» sont les plus souvent mentionnés dans les rapports d’événements d’Urgences-santé.

FIGURE 8 : Tendence sur une période de 24 h des chutes survenues à l'intérieur associées aux mots-clés « lit » et « chambre » sur l'île de Montréal entre 2015 à 2021

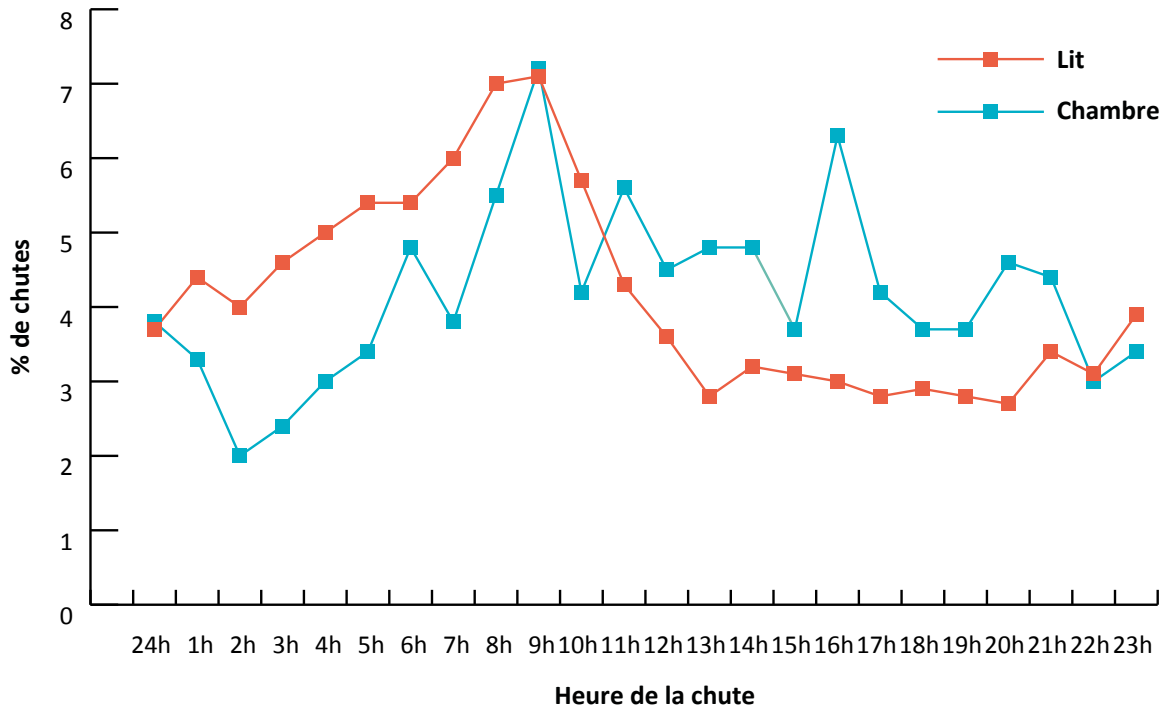
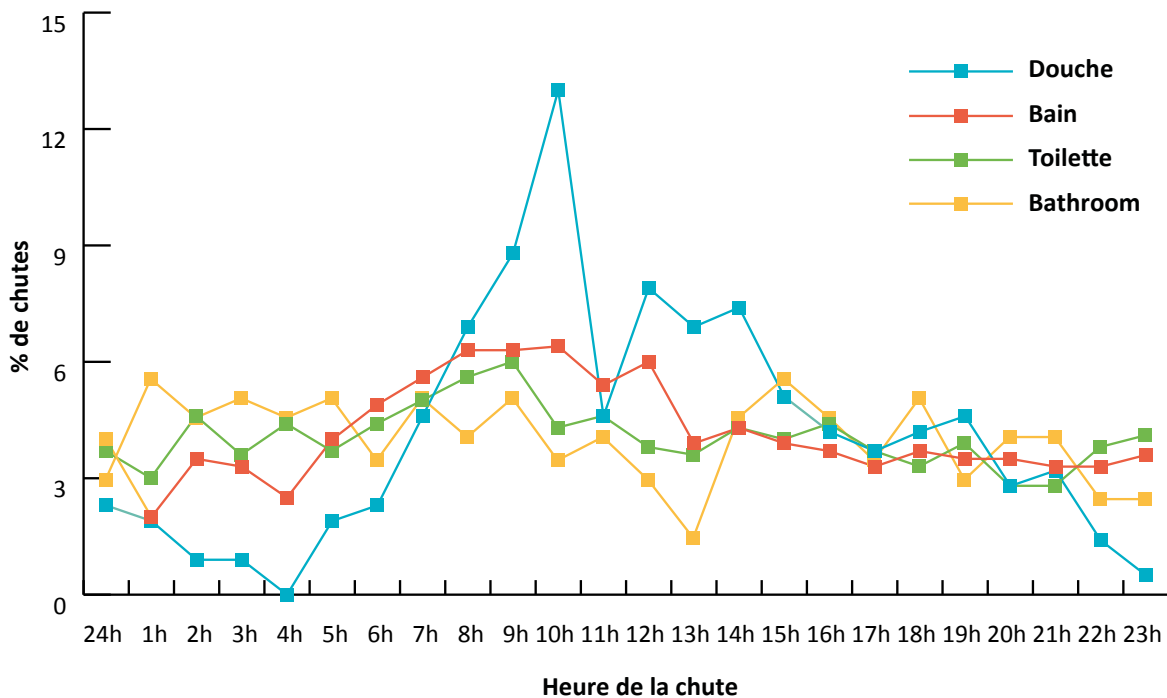


FIGURE 9 : Tendence sur une période de 24h des chutes survenues à l'intérieur associées aux mots-clés « bain », « toilette », « douche » et « bathroom » sur l'île de Montréal entre 2015 à 2021



LES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

Il est important de noter que cette étude sous-estime le nombre de chutes qui surviennent à l'intérieur, puisque les chutes compilées sont uniquement celles ayant nécessité un appel à Urgences-santé. Il est connu que de nombreuses personnes âgées ne communiquent pas avec le 811 ou le 911 après être tombées.

La méthode utilisée, soit l'analyse des rapports d'événements d'Urgences-santé par mots-clés, présente certaines limites. Le manque d'uniformité entre les rapports d'événements complique la compilation, l'analyse et l'interprétation des données, car l'utilisation des mots-clés varie entre les différents répartiteurs d'Urgences-santé.

De plus, cette méthode ne permet pas d'identifier systématiquement les pièces du domicile où les chutes se produisent le plus souvent, car elle repose sur les mots-clés colligés dans les rapports d'événements par les répartiteurs d'Urgences-santé. Il est donc difficile de confirmer le lieu exact où la chute s'est produite, ce qui limite la précision des informations analysées. Certains événements associés à des chutes survenues à l'intérieur peuvent avoir été exclus de la base de données initiale, en l'absence de la certitude que la chute a eu lieu à l'intérieur d'un domicile. À titre d'exemple, les chutes ayant eu lieu dans un escalier ont été exclues, car il était impossible de confirmer s'il s'agissait d'une chute qui avait eu lieu dans un escalier situé à l'intérieur ou l'extérieur du domicile.

Par ailleurs, la méthode utilisée ne permet pas de contextualiser les chutes. En effet, aucune information, à l'exception de l'âge et du sexe de la personne, n'est disponible pour formuler des hypothèses sur les causes des chutes. Par exemple, il est impossible d'identifier les circonstances entourant l'événement ni les facteurs qui y sont associés, qu'ils soient individuels, comportementaux ou environnementaux.

Finalement, les données obtenues ne permettent pas de déterminer si la personne âgée qui a chuté demeure en ménage privé ou dans un milieu de vie collectif (comprenant les Résidences privées pour âgés (RPA), les organismes à but non lucratif en habitation (OBNL) et les Habitations à loyers modiques (HLM) pour personnes âgées).



Pistes d'actions sur la prévention des chutes à l'intention des acteurs intersectoriels et de la communauté

Le Cadre de référence du MSSS sur la prévention des chutes publié en 2019 rappelle que les causes des chutes sont multifactorielles et que les pistes d'actions pour en diminuer les risques doivent donc mobiliser les personnes âgées elles-mêmes et leurs proches ainsi que de nombreux acteurs intersectoriels au sein d'actions coordonnées. Des actions en promotion de la santé, incluant l'aménagement de l'environnement bâti, permettent aux personnes âgées d'être physiquement et socialement actif tout au long de leur vie. Elles s'inscrivent dans un continuum de promotion de la santé, de prévention, de soins et de réadaptation, en fonction des niveaux de risque de chute des personnes âgées.

Elles comprennent :

- **Des approches populationnelles** : développement des communautés pour la population générale dont l'adaptation de l'environnement pour prévenir les chutes et promouvoir la pratique de l'activité physique, la modification de comportements individuels tels que la pratique d'activités physiques (ex. Programme VIACTIVE) et d'autres saines habitudes de vie tout au long du processus de vieillissement pour éviter le déconditionnement; interventions multifactorielles non personnalisées pour des groupes à risque (ex. Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED));
- **Des approches cliniques individuelles** pour des personnes âgées frêles et en perte d'autonomie : prévention clinique (ex. détection des facteurs de risque et suivi dans la communauté ou dans les soins et services du réseau de la santé et des services sociaux) et interventions multifactorielles personnalisées par des équipes interdisciplinaires.

Plus récemment, un groupe scientifique international (Montero-Odasso, 2022) a publié des lignes directrices mondiales consensuelles sur la prévention des chutes et la gestion des facteurs de risque individuels. Ces recommandations s'appuient sur les données probantes, les avis d'experts, les expériences vécues par les personnes âgées et leurs proches, ainsi que sur les réalités du terrain et les ressources disponibles parfois limitées dans les communautés.

De plus, Vandervelde et al. (2023) ont examiné dans une recension systématique les stratégies d'implantation les plus efficaces et prometteuses en matière de prévention des chutes dans la communauté, en analysant 18 études répondant à leurs critères d'inclusion. Les stratégies recensées ont été regroupées en deux grandes catégories : **les stratégies individuelles**, centrées sur les personnes âgées et les professionnels de la santé, et **les stratégies environnementales**, ciblant les structures organisationnelles, communautaires et politiques. **Sur le plan individuel**, les stratégies les plus fréquemment identifiées incluent l'adaptation personnalisée des interventions, l'apprentissage actif, l'évaluation des risques spécifiques à la personne, la sensibilisation, l'individualisation des approches et l'engagement des participants. **Sur le plan environnemental**, les approches les plus documentées comprennent l'offre de soutien technique, l'implication de personnes non professionnelles dans l'intervention, l'éducation par les pairs, l'accroissement de l'influence des parties prenantes et la mise en place de coalitions. **Ces résultats soulignent l'importance de combiner des interventions à la fois centrées sur l'individu et soutenues par des changements structurels pour favoriser l'implantation efficace d'un continuum d'actions en prévention des chutes.**

À partir de ces trois principales sources documentaires, des pistes d'action à l'intention des acteurs clés en prévention des chutes sont proposées à la page suivante.

À l'intention des personnes âgées vivant dans la communauté

- **Toutes les personnes âgées** : Modifier leurs comportements de santé, en particulier la diminution de la sédentarité, la pratique régulière de l'exercice physique et la saine alimentation.
- **Les personnes âgées à risque de chutes** : Participer aux sessions de PIED offertes dans leur quartier, afin de modifier leurs comportements de santé et de sécurité, renforcer leur force musculaire et leur équilibre et adapter leur environnement domiciliaire afin de réduire leurs risques de chutes.
- **Les personnes âgées qui font des chutes à répétition** : Collaborer à une évaluation multidisciplinaire de leurs facteurs de risque de chutes et participer activement à l'élaboration et la mise en place d'un plan d'intervention individualisé.
- **Les personnes âgées qui agissent à titre de pairs comme animatrices au sein d'un groupe de personnes âgées** : Participer à l'animation de programmes communautaires d'exercices comme VIACTIVE ou à l'animation d'ateliers de sensibilisation à la prévention des chutes.

À l'intention des professionnels de la santé incluant les pharmaciens communautaires et les médecins ainsi que les intervenants du milieu communautaire, selon leur champ de pratique

- **Tous** : Poursuivre et intensifier la sensibilisation auprès des personnes âgées quant aux différents programmes de prévention des chutes et les référer aux programmes du continuum de prévention des chutes dans la communauté ou par les soins et services offerts par les CIUSSS.
 - Promouvoir les [outils populationnels pour prévenir les chutes](#).
 - Diriger vers des programmes de prévention des chutes au besoin.
 - Développer des stratégies visant à augmenter le nombre de personnes âgées rejointes par les différents programmes multifactoriels de prévention des chutes.
- **Pour les professionnels concernés** : Dépister les risques de chutes chez la clientèle vieillissante qui consulte en première ligne ou à l'urgence par une évaluation de l'équilibre, de la marche et de la force.
 - Recommander l'utilisation d'une aide à la mobilité au besoin.
 - Repérer les personnes souffrant d'hypotension orthostatique et corriger la situation au besoin.
 - Dépister les troubles neurocognitifs et problèmes de santé mentale (dépression, anxiété).
- **Pour les médecins et les pharmaciens** : Réviser régulièrement la médication sous ordonnance et en vente libre des patients âgés, évaluer si la médication augmente les risques de chute.
 - Déprescrire des médicaments en portant une attention particulière aux effets secondaires de la médication et aux risques d'interactions médicamenteuses pour une gestion optimale des médicaments.
 - Réduire l'utilisation de psychotropes, lorsque possible
- **Pour les intervenants faisant des visites à domicile** : Procéder systématiquement à une évaluation du domicile des personnes âgées (ou référer aux services de soutien à domicile au besoin).
 - Accompagner les personnes âgées dans leurs démarches pour obtenir les adaptations nécessaires à leur domicile, par exemple celles découlant du programme d'adaptation du domicile de la Société d'Habitation du Québec : <https://www.habitation.gouv.qc.ca/programme/programme/programme-dadaptation-de-domicile>

- Porter une attention particulière à l'aménagement de la chambre et de la salle de bain.
- Référer aux intervenants ou organismes qui offrent du soutien ou un accompagnement au désencombrement des logements des personnes âgées.

À l'intention des CIUSSS, milieu communautaire et municipal

- Encourager l'adoption de saines habitudes de vie.
 - Promouvoir l'importance de la pratique d'activité physique et référer vers des programmes adaptés.
 - Accroître l'offre de programmes en activité physique pour rejoindre la population âgée et s'assurer que celle-ci est diversifiée et accessible dans le contexte de vieillissement de la population.
 - S'assurer que le programme VIACTIVE, les groupes de marche ainsi que les programmes d'activité physique tels que les exercices d'équilibre, d'assouplissement, de renforcement musculaire et de coordination ou des activités aquatiques sont offerts sur l'ensemble du territoire montréalais.
 - Mettre en place des environnements bâtis qui favorisent la pratique de l'activité physique et la participation sociale, notamment via le transport actif et l'accès à des installations sportives et des milieux naturels, afin d'augmenter la santé des personnes âgées et prévenir les chutes dans tous les environnements.

À l'intention des propriétaires d'immeubles à revenu, milieux de vie collectifs (RPA, HLM, OBNL d'habitation), personnes responsables de l'entretien des immeubles locatifs (privés ou publics) qui peuvent agir auprès des personnes âgées et de leurs proches

- Veiller à ce que les modifications recommandées pour sécuriser le logement soient mises en œuvre rapidement pour assurer la sécurité des locataires âgés.
- Prioriser l'adaptation de la salle de bain notamment en installant des barres d'appui et des aides techniques.

À l'intention de la Direction régionale de santé publique et instances productrices de données

- Poursuivre la collecte de données en lien avec les chutes chez les personnes âgées.
- Améliorer la méthode de collecte de données et la précision des données de localisation notamment pour être en mesure de cartographier les chutes sur l'île de Montréal. L'objectif est de mieux comprendre le contexte des chutes, d'en identifier les causes et de proposer des solutions plus adaptées.
- Mettre à jour périodiquement le portrait des chutes sur le territoire montréalais.
- Assurer un leadership dans la mise en place de stratégies d'implantation du continuum régional de prévention des chutes qui tient compte des approches individuelles et environnementales reconnues efficaces (Vandervelde et coll., 2023).



Conclusion

Ce présent rapport sur les chutes survenues à l'intérieur chez les personnes de 60 ans et plus sur l'île de Montréal démontre l'importance de poursuivre et intensifier les interventions en prévention des chutes pour la population aînée tout en mettant en lumière les besoins dans la collecte de données.

Dans le contexte du vieillissement accéléré de la population, les chutes chez les personnes aînées représentent un enjeu majeur de santé publique en raison de la prévalence élevée et des complications de santé associées. La chute est un événement complexe résultant de l'interaction de multiples facteurs de risque liés à l'individu, à ses comportements et à son environnement. Cependant, la majorité des chutes ainsi que les blessures qui en résultent sont évitables. Il est donc essentiel de coordonner et d'accroître les efforts de tous les secteurs pour mettre en place des programmes et des interventions multifactorielles et environnementales qui vont au-delà des interventions individuelles associées directement aux chutes.

De plus, il est nécessaire d'investir davantage en promotion de la santé et dans la promotion des saines habitudes de vie, ainsi que dans l'aménagement domiciliaire afin de réduire les risques de chutes chez les personnes aînées et ses conséquences sur la qualité de vie et le bien-être, favorisant ainsi un vieillissement en santé. Il est également important de s'assurer que les stratégies de promotion de la santé et de prévention sont adaptées à l'ensemble de la population, y compris les sous-groupes moins souvent rejoints, en tenant compte des niveaux de littératie générale, en santé et numérique. Il serait aussi intéressant que d'autres études sur ce sujet puissent contextualiser les chutes de manière plus complète, afin de mieux identifier les causes et proposer des solutions plus adaptées au type de chute.

Références

- Agence de santé publique du Canada. (2014). *Rapport de surveillance sur les chutes chez les aînés au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-surveillance-chutes-aines-canada.html>
- Clemson, L., Stark, S., Pighills, A. C., Fairhall, N. J., Lamb, S. E., Ali, J., & Sherrington, C. (2023). Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD013258. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013258.pub2>
- Direction régionale de santé publique de Montréal. (2017). *Portrait des aînés sur l'île de Montréal*. https://ccsmtlpro.ca/sites/mtlpro/files/media/document/DRSP_PuB_PortraitDesAines_2017.pdf
- Direction régionale de santé publique de Montréal. (2025). *Prévention des chutes chez les personnes aînées*. <https://santepubliquemontreal.ca/conseils-et-prevention/conseils/prevention-des-chutes-chez-les-personnes-ainees>
- Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Chutes chez les personnes aînées*. <https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/dossiers/chutes-chez-les-aines>
- Kim, D., & Ahrentzen, S. (2017). *Environmental and Behavioral Circumstances and Consequences of Falls in a Senior Living Development*. *Journal of Housing For the Elderly*, 31(3), 286–301. <https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1335667>
- Lektip C., Chaovalit S., Wattanapit A., Lapmanee S., Nawarat J., Yaemrattanakul W. (2023). Home hazard modification programs for reducing falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. *PeerJ*. <https://peerj.com/articles/15699/>
- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., Freiberger, E., ... *Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults (2022)*. *World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative*. *Age and ageing*, 51(9), afac205. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2019). *Recension des écrits du cadre de référence, la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-02W.pdf>
- Parachute. (2021). *Le coût des blessures au Canada 2021*. <https://parachute.ca/fr/ressource-professionnelle/le-cout-des-blessures-au-canada/#:~:text=Le%20co%C3%BBt%20total%20des%20blessures,l'%C3%A9conomie%20canadienne%20chaque%20jour>
- Portail sur le vieillissement de McMaster. (2024). *L'adaptation de votre environnement peut-elle aider à la prévention des chutes ?* <https://www.mcmasterviellissementoptimal.org/blog/detail/blog/2024/06/05/l-adaptation-de-votre-environnement-peut-elle-aider-%C3%A0-la-pr%C3%A9vention-des-chutes>
- Rivasi G., Rafanelli M., Mossello E., Brignole M., Ungar A. (2020). *Drug-Related Orthostatic Hypotension: Beyond Anti-Hypertensive Medications*. *Drugs Aging*, 37(10), 725–738. <https://doi.org/10.1007/s40266-020-00796-5>
- Vandervelde, S., Vlaeyen, E., de Casterlé, B. D., Flamaing, J., Valy, S., Meurrens, J., Poels, J., Himpe, M., Belaen, G., & Milisen, K. (2023). Strategies to implement multifactorial falls prevention interventions in community-dwelling older persons: a systematic review. *Implementation science : IS*, 18(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01257-w>



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 