RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

RUISSS

Université de Montréal

Circonstances des chutes, profils de chuteurs et barrières/facteurs facilitant la prévention des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile

Synthèse de la littérature et propositions

Rédigée par :
Sous-comité sur la santé publique du
Comité du RUISSS de l'UdeM sur le vieillissement

27 mai 2026

www.ruisss.umontreal.ca
514-343-6450

Table des matières

I. Liste des acronymes 4

II. Sommaire exécutif 5

III. Membres du sous-comité de travail sur la santé publique 8

IV. Membres du comité sur le vieillissement 9

V. Introduction 11

VI. Méthodologie 12

Tableau 1. Stratégie de sélection des publications 14

VII. Synthèse des connaissances issues de la littérature sur les circonstances des chutes et les profils de chuteurs 15

Rapports québécois et canadiens en santé publique sur les circonstances des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile 15

Tableau 2. Fréquence et circonstances des chutes chez les personnes de 65 ans et plus canadiennes et québécoises vivant à domicile 18

Études prospectives ou rétrospectives ayant identifié des profils de chuteurs chez les personnes aînées vivant à domicile 22

Tableau 3. Profils de chuteurs chez les personnes aînées vivant à domicile identifiés dans les 5 études prospectives ou rétrospectives 22

Études prospectives portant sur les circonstances des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile 25

Étude prospective MOBILIZE (Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly) Boston Study 25

Autres études prospectives 27

Tableau 4. Prévalence, circonstances et conséquences les plus fréquentes des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile selon 14 autres études prospectives 27

Études rétrospectives portant sur les circonstances des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile 29

VIII. Synthèse des connaissances issues de la littérature sur les barrières et facteurs favorables à la prévention des chutes selon les personnes aînées vivant à domicile 33

Tableau 5. Principales barrières et facteurs favorables à la prévention des chutes selon les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile répertoriées dans 10 articles publiés entre 2008 et 2024…….. 34

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

IX. Principaux constats du sous-comité 37
X. Propositions 38
XI. Conclusion 39
XII. Références 40
XIII. Annexes 44
Annexe 1. Cinq profils de chuteurs déterminés auprès de personnes de 65 ans et plus et hospitalisées après une chute avec blessure au domicile dans 7 hôpitaux de diverses villes en France 44
Annexe 2. Quatre profils de chuteurs déterminés auprès de personnes de 65 ans et plus ayant consulté l'urgence de l'hôpital universitaire de Maastricht (Pays-Bas) après une chute avec blessure 46
Annexe 3. Quatre profils de chuteurs déterminés auprès de personnes de 65 ans et plus vivant dans 6 résidences privées pour personnes aînées en Ontario avec différents niveaux de services 47
Annexe 4. Cinq profils de chuteurs déterminés parmi l'ensemble d'une population âgée de 60 ans et plus vivant à domicile de 4 régions de Suède 49
Annexe 5. Quatre profils de chuteuses parmi l'ensemble d'une population de femmes âgées de 74 ans et plus vivant à domicile à Lyon, Montpellier ou Toulouse en France 51
Annexe 6. Principaux résultats de 5 études réalisées auprès de la cohorte MOBILIZE composée de 765 personnes aînées de 70 ans et plus vivant à domicile entre 2005 et 2011 dans la région de Boston 52
Annexe 7. Principaux résultats des 14 études prospectives retenues, en ordre chronologique 55
Annexe 8. Principaux résultats des 19 études rétrospectives retenues, en ordre chronologique 72

Note : La présente synthèse de la littérature ne couvre pas l'ensemble des connaissances quant à la prévention des chutes chez les personnes aînées à vivant à domicile.

Le présent document a été adopté par le comité sur le vieillissement du RUISSS de l'UdeM lors de la rencontre du 24 avril 2026 et par le comité directeur du RUISSS de l'UdeM le 25 mai 2026.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Liste des acronymes

AIPPA	Approche intégrée de proximité pour les personnes aînées
APPR	Agent de planification, programmation et recherche
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BDCP	Base de données sur les congés des patients
BNIML	Blessures non intentionnelles à la maison et dans les loisirs
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CIM-10	Classification internationale des maladies – version 10
CISSS	Centre intégré de santé et services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CRIUGM	Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique
HLM	Habitation à loyer modique
MMSE	Mini-Mental State Examination
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
MOBILIZE	Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly (MOBILIZE) Boston Study
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
RPA	Résidence privée pour personnes âgées
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et services sociaux
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SAD	Soutien à domicile
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SPPB	Short Physical Performance Battery (SPPB) test
UdeM	Université de Montréal
UQAM	Université du Québec à Montréal

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Sommaire exécutif

Au Québec, selon les données de 2021-2022, plus de 1,5 million de personnes de 65 ans et plus vivent à domicile (soit 87,7 %) et dans les résidences privées pour aînés (RPA) (9,4 %) [1] et le tiers d'entre elles fera une chute au cours de l'année [1]. Selon un rapport de surveillance publié en 2025 par l'Institut national de santé publique du Québec [2], les chutes représentent la **principale cause de décès par traumatisme non intentionnel** chez les personnes de 65 ans et plus au Québec. De plus, d**epuis 2014, le taux ajusté de décès[1] attribuables aux chutes augmente en moyenne de 10 % par année chez cette population** [2]. Devant l'ampleur de cette problématique, **il s'avère donc essentiel d'intensifier les stratégies de prévention des chutes auprès des personnes aînées vivant à domicile,** afin de limiter les coûts pour le système de santé et les conséquences néfastes des chutes pour les personnes touchées et leurs proches.

Mandats du sous-comité sur la santé publique du Comité du RUISSS de l'UdeM sur le vieillissement

En soutien aux centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) et aux centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS)[2] du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de l'Université de Montréal (UdeM) qui ont la responsabilité de mettre en place les orientations gouvernementales, le sous-comité sur la santé publique a reçu le mandat, de la part du Comité du RUISSS de l'UdeM sur le vieillissement, de **proposer des modèles de trajectoires intersectorielles de promotion de la santé et de prévention des chutes chez les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile**.

La réalisation de ce mandat a été planifiée en deux volets :

- **Volet 1 (2024-2026**): Production deux rapports (volet 1 a et b) synthétisant la littérature en lien avec la prévention des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile. Ce volet était un prérequis pour pouvoir développer les trajectoires intersectorielles de promotion de la santé et de prévention des chutes basées sur des données probantes.
- **Volet 2 (2026-2028)**: Élaboration des modèles de trajectoires intersectorielles de promotion de la santé et de prévention des chutes chez les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile. Les trajectoires seront validées via un projet pilote dans au moins un établissement du RUISSS de l'UdeM. Un guide d'implantation des modèles de trajectoires retenues à la suite du projet pilote sera produit.

Dans le cadre du volet 1a, un premier rapport de synthèse des écrits portait sur les modèles et programmes de prévention des chutes auprès des personnes aînées vivant à domicile. Ce rapport a été publié en mai 2025 et a ensuite été transmis au MSSS, à Santé Québec, aux directions du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et aux directions régionales de santé publique. Tel qu'observé dans d'autres pays, le sous-comité avait proposé qu'un plan

[1] Taux ajusté de décès : Le rapport, pour une cause de décès et au cours d'une période donnée, du nombre de décès pour 100 000 habitants, ajusté selon la structure d'âge d'une population de référence afin de permettre les comparaisons dans le temps malgré les changements dans la structure d'âge dans la population. L'année 2011 a été utilisée comme population de référence pour la standardisation.

[2] Chaque direction de santé publique est dans un CISSS/CIUSSS et, outre les régions de la Gaspésie-Île-de-la-Madeleine, Montérégie et Montréal, il n'y a qu'un CISSS/CIUSSS par région, donc chacune de ces directions de santé publique couvrent leur région en entier avec habituellement une équipe conseil (régionale) et des équipes de proximité. Dans les régions de la Gaspésie-Île-de-la-Madeleine (2 CISSS), de la Montérégie (3 CISSS) et de Montréal (5 CIUSSS), il y a des Directions territoriales de santé publique dans chacun des CISSS et CIUSSS mais une seule a un mandat régional et une équipe conseil régionale.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

d'action gouvernemental soit développé au Québec sur la prévention des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile comportant un volet national et des volets régionaux avec des cibles chiffrées en matière de résultats. Depuis la publication du rapport, des liens ont été créés avec la Direction générale santé et bien-être des aînés de Santé Québec afin d'assurer un arrimage avec les chantiers en cours.

Le présent rapport (volet 1 b) présente une synthèse de deux revues de la littérature : 1) sur les principales circonstances des chutes et profils de chuteurs (n = 48 documents) et 2) sur les principales barrières/facteurs facilitant la prévention des chutes auprès des personnes aînées vivant à domicile (n = 10 documents). La population étudiée incluait les personnes de 50 et plus vivant à domicile. En promotion de la santé, les différents documents structurants parlent de parcours de vie adulte-ainé (Programme national de santé publique 2025-2035, Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035) et le plan d'action gouvernemental 2024-2029 La fierté de vieillir commence à 50 ans, soit en amont du vieillissement. Les services du programme SAPA des CISSS et CIUSSS sont offerts aux 65 ans et plus.

Principaux constats

À la suite de ces revues des écrits, le sous-comité dégage trois principaux constats :

- On retrouve un continuum de **5 profils de chuteurs** chez les personnes aînées vivant à domicile en fonction principalement du sexe, de l'augmentation en âge, des conditions de santé, des capacités fonctionnelles, du niveau d'activité physique, des conditions de vie (vivre seul), ainsi que des activités réalisées à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile :
  - Profil 1 : Personne active et en santé
  - Profil 2 : Personne commençant à ressentir de l'instabilité en lien avec l'équilibre
  - Profil 3 : Personne avec un risque modéré de chute
  - Profil 4 : Personne avec un risque élevé de chute
  - Profil 5 : Personne avec un risque très élevé de chute
- Les programmes de santé publique disponibles actuellement au Québec (sont incomplets et offerts de façon variable selon les régions. Ces programmes couvrent en partie les profils 1, 2 et 3.
- Les personnes aînées mentionnent que le soutien des professionnels de la santé, de leurs proches, de leurs pairs et de la communauté sont des facteurs favorables pour maintenir leur motivation à adopter et maintenir les habitudes de vie et comportements recommandés dans les programmes de prévention des chutes.
- Il serait bénéfique que la promotion des programmes de prévention des chutes mette surtout l'accent sur le bien-être, le maintien de l'autonomie et la participation sociale, plutôt que de miser seulement sur les conséquences négatives des chutes.

Propositions du sous-comité

Basés sur les constats mentionnés précédemment, le sous-comité formule deux propositions à l'intention du MSSS et de Santé Québec:

1) **Implanter à l'échelle provinciale un éventail de programmes en prévention des chutes correspondant aux 5 principaux de profils de chuteurs et tenant compte aux préférences des personnes aînées de 50 ans et plus.**

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Les responsables du sous-comité vont rencontrer le MSSS afin de demander le développement d'une politique nationale et d'un plan d'action sur la prévention des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile (ex. : à l'instar du Plan antichute de la France).

Les responsables du sous-comité vont rencontrer la Direction générale santé et bien-être des aînés de Santé Québec afin que les établissements de santé et services sociaux mettent en place les recommandations en prévention des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile dans le cadre de l'Approche intégrée de proximité pour les personnes aînées (AIPPA) en collaboration avec les directions régionales de santé publique. Nous recommandons d'inclure des ressources pour la coordination dans la planification régionale des activités de dépistage et de prévention des chutes ainsi qu'un nombre d'équivalent temps complet (ETC) proportionnel à la démographie des personnes de 50 ans et plus.

2) **Améliorer la qualité des données québécoises sur les circonstances des chutes pour lesquelles les personnes aînées de 50 ans et plus qui vivent à domicile reçoivent des soins ou services de santé dans la communauté ou en milieu hospitalier.**

Afin de mesurer l'impact des trajectoires intersectorielles de prévention des chutes, les responsables du sous-comité vont proposer à la Direction générale santé et bien-être des aînés de Santé Québec de suivre, dans le tableau de bord de Santé Québec, des indicateurs reliés aux chutes dans les services de première ligne, les services d'Urgences Santé et les services hospitaliers.

Conclusion

La revue des écrits a permis de constater un écart entre les données probantes et les pratiques actuelles au Québec, desquelles émergent des propositions à mettre en place dès maintenant. La diffusion des rapports (volet 1 a et b) rend accessible les connaissances récentes en prévention des chutes auprès des instances concernées. Le sous-comité utilisera ces informations afin de réaliser le deuxième volet de son mandat, soit de schématiser et valider des trajectoires intersectorielles dans le contexte québécois qui répondront aux besoins des personnes aînées d'aujourd'hui en matière d'interventions préventives et de promotion de la santé afin d'éviter la première chute ou réduire les récidives.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Membres du sous-comité de travail sur la santé publique

- Dre Lucie Boucher, gériatre, chef du département de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (coresponsable)
- Mme Barbara Fillion, Ergothérapeute, Répondante régionale en prévention des chutes, Direction régionale de santé publique, CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (coresponsable par intérim)
- Mme Marie-Claude Babin, Physiothérapeute, Équipe Promotion-Prévention et Pouvoir d'agir des communautés, Direction de santé publique, CISSS de Lanaudière
- Dr Michel Cimon, médecin conseil, Direction de santé publique, CISSS de Laval
- M. Julien Morissette, Coordonnateur professionnel et APPR, Équipe - Vieillissement en santé, Équipe - Prévention des chutes, Direction de santé publique- Coordination Promotion Prévention, CISSS de Laval
- Mme Anne Maheu, pharmacienne/clinicienne associée, GMF-U Bordeaux-Cartierville, CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal et Coordonnatrice du Réseau Québécois des pharmaciens GMF (RQP GMF)
- Mme Johanne Filiatrault, ergothérapeute, chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM), professeure titulaire, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Mme Mylène Aubertin-Leheudre, kinésiologue, chercheure au CRIUGM, professeure titulaire, Département des sciences de l'activité physique, Faculté des sciences, Université du Québec à Montréal (UQAM)

Coordonnatrice du sous-comité de travail et du comité sur le vieillissement:
M^me^ Aline Bolduc
Chargée de projet, RUISSS de l'Université de Montréal
Courriel : aline.bolduc.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca ou aline.bolduc@invite.umontreal.ca

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Membres du comité sur le vieillissement

Président: Luc Méthot, Directeur SAPA- Soutien à domicile, ressources intermédiaires et continuum SAPA, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Vice-présidente : Dre Marie-Jeanne Kergoat, gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Département de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; Professeure titulaire, département de médecine, Faculté de médecine, UdeM

Coordonnatrice : Aline Bolduc, professionnelle de recherche
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Établissements	Personnes désignées
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	M. Sébastien Rouleau, Directeur du programme SAPA - SAD
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	Mme Caroline Gadoury, Directrice continuum SAPA - hébergement
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Mme Brigitte Brabant, Directrice SAPA hébergement en soins de longue durée, coresponsable du sous-comité SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Mme Cathy Dresdell, Directrice intérimaire, Direction du service à domicile et de proximité
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Mme Jouhayna Zahreddine, Directrice, Direction de l'hébergement
CISSS de la Montérégie-Est	Mme Sophie Berger, Directrice des soins infirmiers – Intérim, représentante de la Table des soins infirmiers du RUISSS de l'UdeM
CISSS de Laval	M. Frédérick Boulé, Directeur SAPA - volet hébergement
CISSS de Laval	Mme Annie Fortier, Directrice SAPA – Services de 1ière et 2ième ligne gériatriques
CISSS de Lanaudière	Mme Isabelle Durocher, Directrice du programme de soutien à domicile, services gériatriques et posthospitaliers
CISSS de Lanaudière	M. Jean-François Blais, Directeur de l'hébergement
CISSS des Laurentides	Mme Marlène Simard, Directrice SAPA - Soutien à domicile
CISSS des Laurentides	Mme Nathalie Houle, Directrice SAPA – Hébergement en CHSLD
CISSS de la Montérégie-Centre	Mme Isabelle Caron, Directrice SAPA
CISSS de la Montérégie-Est	Mme Sandrine Billeau, Directrice SAPA, responsable du sous-comité sur les technologies pour le maintien à domicile
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Mme Geneviève Archambault, Directrice SAPA Hébergement
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Mme Julie Sigouin, chargée de projet territoire du RUISSS de l'UdeM – Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Dre Lucie Boucher, Chef du département de gériatrie, coresponsable du sous-comité de travail sur la santé publique

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Personnes désignées
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Dr Jean-François Carmel, gérontopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, coresponsable du sous-comité SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Mme Jennifer Kistchouk, Conseillère en soins spécialisés Personnes aînées (intérim)
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Dr Philippe Desmarais, Gériatre, responsable du sous-comité sur les SCPD en soins de courte durée
Faculté de médecine, Université de Montréal	Dre Diana Cruz-Santiago, Médecin de famille, Directrice du programme de compétences avancées en soins aux personnes aînées, département de médecine de famille et d'urgence, UdeM
Faculté de médecine, Université de Montréal	Mme Chantal Bémeur, Vice-doyenne associée aux sciences de la santé
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal	Mme Véronique Dubé, Professeure agrégée, coresponsable du sous-comité de travail sur la formation
Faculté de pharmacie, Université de Montréal	Mme Louise Papillon-Ferland, Professeure adjointe de clinique
Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal	M. Jean Ignace Olazabal, Responsable de programmes, professeur associé au département d'anthropologie, Faculté AS, coresponsable du sous-comité de travail sur la formation
École d'optométrie, Université de Montréal	Dr Benoît Tousignant, Professeur agrégé
Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal	Dre Nadia Gargouri, professeure adjointe
École de santé publique, Université de Montréal	Mme Nadia Sourial, Professeure adjointe
Faculté des arts et sciences, Université de Montréal	M. Sébastien Grenier, Professeur agrégé, département de psychologie
Faculté des arts et sciences, Université de Montréal	Mme Maryse Soulières, Professeure adjointe, École de travail social

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Introduction

En 2020, le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la « Décennie du vieillissement en bonne santé » a mis de l'avant la prévention des chutes comme une priorité urgente en matière de santé mondiale [3]. La chute est un événement multifactoriel qui résulte de l'interaction de plusieurs facteurs de risques liés à la condition de l'individu, à ses comportements et à son environnement [4]. Chez les personnes aînées, quatre principaux types de facteurs de risque de chute agissent en interaction les uns sur les autres de façon complexe [5-7]:

1) Facteurs de risque individuels : effets du vieillissement sur l'équilibre, la force musculaire, la cognition, la vision, l'audition ainsi que l'état de santé de la personne aînée (incapacités, présence de maladies aiguës ou de problèmes de santé chroniques et prise de certains ou de plusieurs médicaments);
2) Facteurs comportementaux : antécédents de chutes, consommation excessive d'alcool, sédentarité, alimentation inadéquate, prise de risque, chaussures ou vêtements inadéquats, restriction d'activités associée à la peur de tomber, prise inadéquate de sa médication, utilisation inadéquate des aides à la mobilité (un mauvais ajustement (hauteur incorrecte), une mauvais posture (pencher vers l'avant), une utilisation sur des terrains inappropriés, un manque d'entretien ou l'utilisation d'une aide non adaptée à ses besoins., etc.);
3) Facteurs environnementaux : facteurs de risque présents à domicile (éclairage insuffisant, présence d'obstacles au sol ou absence d'équipements sécuritaires, etc.), facteurs de risque dans la collectivité (aménagement des lieux publics, trottoirs, etc.) ainsi que le temps et le climat (conditions hivernales);
4) Facteurs socio-économiques : faible réseau social/isolement, faible niveau de scolarité, ou de littératie en santé, accès insuffisant aux services de santé, etc.

Bien que des stratégies aient été mises en place depuis plus de 20 ans pour prévenir les chutes chez les personnes aînées au Québec, on constate une augmentation du nombre et des conséquences des chutes (ex : hospitalisation, mortalité) dans cette population [2, 4, 8-10]. **Dans ce contexte, les différents acteurs concernés doivent réfléchir à de nouvelles stratégies de prévention**. Les causes des chutes étant multifactorielles, les pistes d'action pour en réduire les risques doivent être intersectorielles et coordonnées, en impliquant les personnes ainées et leur entourage. En effet, les interventions doivent être conçues en fonction de la combinaison des différents facteurs de risques de la personne en prenant également en compte les barrières et les facteurs facilitant la prévention des chutes chez les personnes aînées.

En soutien aux CIUSSS et aux CISSS[3] du RUISSS de l'UdeM qui ont la responsabilité de mettre en place les orientations gouvernementales, le sous-comité sur la santé publique a reçu le mandat, en mai 2024, de la part du Comité du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal sur le vieillissement, de **proposer des modèles de trajectoires intersectorielles de promotion de la santé et de prévention des chutes chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté**, en incluant autant les services en

[3] Chaque direction de santé publique est dans un CISSS/CIUSSS et, outre les régions de la Gaspésie-Île-de-la-Madeleine, Montérégie et Montréal, il n'y a qu'un CISSS/CIUSSS par région, donc chacune de ces directions de santé publique couvrent leur région en entier avec habituellement une équipe conseil (régionale) et des équipes de proximité. Dans les régions de la Gaspésie-Île-de-la-Madeleine (2 CISSS), de la Montérégie (3 CISSS) et de Montréal (5 CIUSSS), il y a des Directions territoriales de santé publique dans chacun des CISSS et CIUSSS mais une seule a un mandat régional et une équipe conseil régionale.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

amont d'une consultation ou référence pour chute à un à un professionnel de la santé œuvrant en première ligne (entre autres : en GMF/ services courants CLSC/salles d'urgence), que ceux entourant l'évaluation et le suivi après cette consultation.

Ce mandat se décline en deux volets :

1) Collecte des informations provenant des écrits existants sur : **a)** les trajectoires ou modèles d'organisation d'interventions intersectorielles pour prévenir les chutes dans la communauté et dans les services de première ligne; **b) les principales circonstances des chutes en amont de la salle d'urgence afin de décrire les histoires de chute les plus fréquentes pour en dégager des "profils types"; et c)** les parties prenantes dans le continuum de préventions des chutes.
2) Schématiser et valider les trajectoires intersectorielles auprès des différents acteurs concernés sur le territoire du RUISSS de l'UdeM. Pour chaque trajectoire, proposer des moyens pour optimiser les interventions préventives et la promotion de la santé afin d'éviter la première chute ou réduire le risque de chute à répétition :
   a) Élaborer de 4 à 5 modèles de trajectoires intersectorielles de promotion de la santé et de prévention des chutes chez les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile;
   b) Dans le cadre de l'AIPPA (Approche intégrée de proximité pour les personnes aînées), réaliser un projet pilote pour valider 4 à 5 trajectoires dans au moins un établissement de santé et services sociaux faisant partie du RUISSS de l'UdeM;
   c) Rédiger et diffuser un guide d'implantation des modèles de trajectoires retenues à la suite du projet pilote à l'intention de l'ensemble des établissements de santé et services sociaux au Québec.

Dans le cadre du ***volet 1a***, une revue narrative de la littérature a été publiée en mai 2025 (lien) dans le but d'identifier les publications entre 2019 et 2024 portant sur les trajectoires ou modèles d'organisation d'interventions visant à prévenir les chutes dans la communauté et dans les services de première ligne.

Le présent rapport s'intègre dans le cadre du ***volet 1b***.

Méthodologie

Dans le cadre du volet 1b, deux revues de la littérature ont été réalisées, soient :

1) Une revue narrative de la littérature sur les principales circonstances des chutes et les principaux profils de chuteurs chez les personnes aînées vivant à domicile;
2) Une revue ciblée de la littérature sur les principales barrières et facteurs favorables à la prévention des chutes selon les personnes aînées vivant à domicile

Il est important de mentionner que les définitions des chutes peuvent différer dans les études, mais une chute est généralement définie « *comme un changement soudain et non intentionnel de la position d'une personne qui la fait tomber à un niveau plus bas, par exemple sur un objet, le sol ou un plancher, avec ou sans blessure* » [7].

Revue narrative de la littérature sur les principales circonstances des chutes et les principaux profils de chuteurs chez les personnes aînées vivant à domicile

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Monsieur Christian Lachance, expert en recherche bibliographique à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a élaboré et exécuté les stratégies de recherche pour cette revue dans la littérature scientifique et grise (disponibles sur demande) :

- Selon huit sous-thèmes reliés à la description des circonstances des chutes et des principaux profils de chuteurs chez les personnes aînées vivant à domicile (**tableau 1**). La présente revue de la littérature ne visait pas à identifier les liens causals entre les profils de chuteurs et les conséquences graves des chutes.
- La période de publication choisie était entre 2014 à janvier/février 2025.
- Les bases de données Medline, Embase, CINAHL et Web of science ont été consultées ainsi que les 50 articles plus cités dans chacune des bases de données pour chaque sous-thème afin de prendre en compte les manuscrits-clés dans le domaine de la prévention des chutes chez les personnes aînées.
- L'exécution des stratégies de recherche a eu lieu en janvier 2025 dans les bases de données et dans la littérature grise sur le web (Google) au début février 2025.

Les données portant sur les peuples autochtones n'ont pas spécifiquement été recherchées dans la présente revue narrative. Les critères d'inclusion et d'exclusion suivants ont été retenus :

Critères d'inclusion :

- Population étudiée : personnes de 50 ans et plus vivant à domicile [4].
- L'étude ou le document fournit une description des chutes survenues;

Critères d'exclusion :

- L'étude ne rapporte pas une description des chutes (ex. : seulement le nombre);
- Personnes de 50 ans et plus ne vivant pas à domicile;
- Les données ont été recueillies auprès de participants avant les années 2000 (les habitudes des personnes étaient possiblement différentes à ce moment-là);
- L'étude porte spécifiquement sur un seul facteur de risque ou un problème clinique déjà reconnu comme un facteur de risque;
- L'étude porte sur un sous-groupe spécifique (ex. : personne aînée présentant une fracture de la hanche ou un cancer);
- Pays dont le contexte socio-démographique et environnemental diffère de façon importante du contexte québécois;
- Faible qualité des données (ex. : petit échantillon ($n < 50$), beaucoup de données manquantes dans l'étude, etc.).

Au total, M. Lachance a sélectionné 653 documents (littérature scientifique = 613; littérature grise sur le web = 40) selon huit sous-thèmes reliés aux circonstances des chutes (**tableau 1 et Figure 1**). Après le premier tri réalisé par deux membres de l'équipe (Barbara F. et Aline B.) à partir du titre et du résumé des 653 documents, 82 documents ont été retenus. De plus, 8 documents jugés

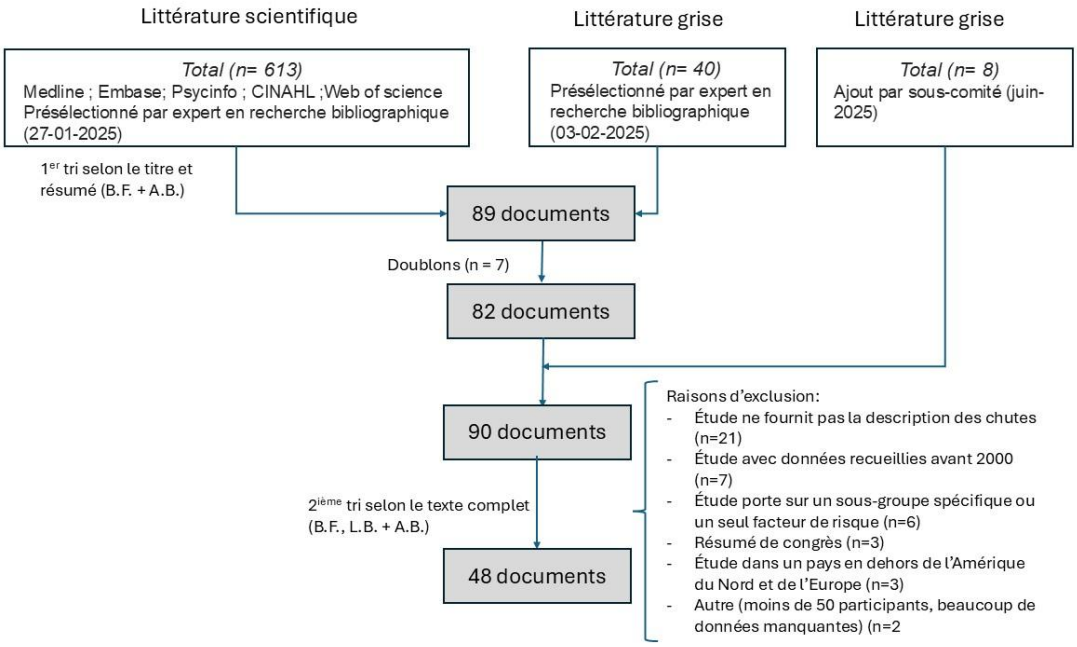
[4] En promotion de la santé, les différents documents structurants parlent de parcours de vie adulte-ainé (Programme national de santé publique 2025-2035, Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035) et le plan d'action gouvernemental 2024-2029 *La fierté de vieillir* commence à 50 ans, soit en amont du vieillissement. Les services du Programme Soutien aux personnes âgée (SAPA) des CIISSS et CIUSSS sont offerts aux 65 ans et plus.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

pertinents ont été ajoutés car ceux-ci n'avaient pas été captés dans la stratégie de recherche ou ont été publiés après le 27 janvier 2025. Le deuxième tri a été réalisé par une lecture intégrale des 90 documents par deux réviseurs (premier réviseur : Aline B.; deuxième réviseur : Barbara F. ou Lucie B.). Au final, 48 documents ont été retenus pour la présente synthèse (**Figure 1**).

Tableau 1. Stratégie de sélection des publications

Sources et classement par sous-thèmes	**Nombre retenu par expert bibliographique**	**Nombre retenu – premier tri**
Bases de données (Medline, Embase, CINAHL et Web of science		
- Général (soit l'accent mis sur les circonstances ou les caractéristiques en général des chutes)	**111**	**39**
- Caractéristiques de la population (sexe, âge, origine ethnique...)	**135**	**11**
- Médical (médicaments, comorbidités...)	**79**	**1**
- Lieu (intérieur, extérieur)	**113**	**12**
- Moment (saisons, moment de la journée)	**19**	**5**
- Conséquences (blessures)	**73**	**3**
- Récurrence (chutes répétées ou non)	**53**	**1**
- Autres - quelques articles repérés sur le Web ou tirés ad hoc des bases de données	**30**	**3**
Sous-total	**613**	**75**
Web-littérature grise	**40**	**14**
Doublons		**7**
Total		**82**
Ajouts par l'équipe : non captés par la stratégie ou publié après le 27 janvier 2025	**---**	**8**
Total		**90**



© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Figure 1. Schéma de sélection des publications

Les 48 documents retenus ont été classés en 4 grandes catégories :

- **Rapports des organisations de santé publique** québécoises et canadiennes portant sur l'analyse des circonstances des chutes auprès des personnes aînées vivant à domicile (n = 7);
- **Études prospectives ou rétrospectives** visant à dégager des **profils de chuteurs** auprès des personnes aînées vivant à domicile (n = 5);
- **Études prospectives** visant à décrire les **circonstances des chutes** auprès des personnes aînées vivant à domicile (n = 17);
- **Études rétrospectives** visant à décrire les **circonstances des chutes** auprès des personnes aînées vivant à domicile (n = 19).

Revue ciblée de la littérature sur les principales barrières et facteurs favorables à la prévention des chutes selon les personnes aînées vivant à domicile

Le sous-comité ne disposait pas durant son mandat du temps et des ressources nécessaires pour réaliser une troisième revue narrative de la littérature sur les barrières et les facteurs favorables à la prévention des chutes selon les personnes aînées vivant à domicile. Il a plutôt été décidé de dégager les informations pertinentes issues d'une revue ciblée de la littérature. Au total, 10 articles ont été retenus provenant de travaux d'un membre du sous-comité, de travaux cités dans les références des publications retenues dans la revue narrative mentionnée précédemment et d'une recherche sur google en juin 2025 par un membre du sous-comité (Aline B.) :

- 5 articles de synthèse (revue systématique, revue de la portée, revue rapide et revue analytique);
- 5 articles basés sur des collectes de données qualitatives via des groupes de discussion focalisée (n= 27 à 73 participants) (2 articles) et des entrevues individuelles (n= 12 à 18 participants) (3 articles). Les participants à ces études (hommes et femmes) étaient âgés entre 65-83 ans, vivaient à domicile et avaient un risque de chutes (chutes antérieures, problèmes d'équilibre, peur de tomber). Ils participaient à un programme d'exercices physiques ou fréquentant un centre de jour ou participaient à des activités communautaires, récréationnelles ou sportives.

Synthèse des connaissances issues de la littérature sur les circonstances des chutes et les profils de chuteurs

Rapports québécois et canadiens en santé publique sur les circonstances des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Au total, sept rapports ont été retenus car ils fournissent des informations sur les circonstances des chutes, dont cinq rapport québécois (Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Institut de la statistique du Québec, Direction régionale de la santé publique de Montréal) et deux rapports de l'Agence de santé publique du Canada.

Selon un rapport de l'INSPQ publié en 2018 [5] qui se basait sur les données l'enquête Vieillissement en santé réalisée par Statistique Canada en 2008-2009 :

- **17 % des aînés québécois vivant à domicile avaient rapporté avoir fait au moins une chute (tous lieux et circonstances confondus) suffisamment grave pour limiter leurs activités normales au cours des 12 mois**. (*Il est à noter qu'en 2022, c'était environ un tiers des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile au Québec qui ont fait une chute au cours de l'année [9]*).
- **Cette proportion était légèrement plus élevée chez les femmes** (19 %) que chez les hommes (14 %).
- **Cette proportion augmentait avec l'âge**, notamment à partir de 75 ans : 24 % des femmes âgée de 85 ans et plus a rapporté avoir chuté, alors que la proportion était de 12 % chez les hommes du même âge. Les hommes âgés de 75 à 84 ans semblaient proportionnellement plus nombreux à avoir chuté (17,9%) lorsqu'ils sont comparés aux hommes des autres groupes d'âge (65-74 ans : 12,4 %; 85 ans et plus : 11,7 %).
- **Parmi les personnes aînées qui avaient rapporté avoir chuté, 36,6% n'avaient pas rapporté de blessures tandis que 38,7% avaient reçu des soins de santé à la suite de cet événement** (femmes : 40,5 %; hommes 35,0%). La nature des blessures était le plus souvent: ecchymoses et inconfort (34,0%), entorses et foulures (9,1 %), fractures (5,7 %).
- Facteurs associés à une augmentation du risque de chutes étaient:
  - 26 % des personnes aînées ayant rapporté 3 **problèmes de santé physique** ou plus (ex. : arthrite, diabète, maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral ou ostéoporose) avaient chuté comparativement à près de 10 % des aînés n'ayant pas rapporté de problème de santé chronique;
  - 38% des personnes aînées qui cumulaient 5 **facteurs de vulnérabilité** ou plus ont rapporté avoir chuté comparativement à 19 % chez celles cumulant 2 à 4 facteurs et à 12 % chez ceux qui ne présentaient aucun ou un seul facteur de vulnérabilité. Ces facteurs comprennent : éprouver des problèmes de mobilité, des douleurs, des difficultés à accomplir ses activités quotidiennes, percevoir sa santé comme mauvaise ou signaler un changement de son état de santé, souffrir d'incontinence urinaire, présenter un risque nutritionnel élevé, prendre quotidiennement quatre médicaments ou plus, être affecté par au moins trois maladies chroniques et déclarer avoir des conditions de vie précaires.
  - Selon le sexe, 48,2 % des hommes et 34,5 % des femmes ayant présenté au moins 5 facteurs de vulnérabilité ont rapporté avoir fait au moins une chute.

Selon un rapport de l'INSPQ en 2019 [10] portant sur l'évolution des hospitalisations attribuables aux chutes dans la population âgée de 65 ans et plus au Québec, de 1991 à 2016 :

- **Les circonstances des chutes ayant menées à une hospitalisation** dans la population de 65 ans et plus (sexe et groupes d'âge confondus) étaient les suivantes pour l'année 2016:
  - De plain-pied : 20,4%
  - D'un lit ou chaise : 11,4%
  - Dans un escalier : 8,6 %

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

    - De hauteur : 1,7%
    - Autres : 2,0 %
    - Non précisée : 55,9 %
- Parmi les hospitalisations attribuables aux chutes en 2016, on retrouvait **plus de femmes** (69,6%) comparativement aux hommes (30,4%) ainsi que plus de **personnes de 85 ans et plus** (43,5%) comparativement à 33,5% chez les 75 à 84 ans et 23,0 % chez les 65 à 74 ans. Les personnes de 65 ans et plus, hommes et femmes confondus, présentaient en moyenne **3,5 comorbidités**, 79,2% avaient subi une fracture (la hanche étant la plus fréquente (31,3%)) tandis que 15,3 % n'avaient eu que des contusions superficielles.

La Direction de santé publique de Montréal a récemment publié deux documents analysant séparément les **circonstances des chutes survenues à l'intérieur entre 2015 et 2021** [11] et **à l'extérieur entre 2016 et 2020** [6] sur le territoire montréalais à partir de l'analyse des rapports d'événements d'Urgences-santé par mots-clés. Il est important de noter que ces études ne couvrent pas l'ensemble des chutes. Il est connu que de nombreuses personnes aînées ne communiquent pas avec le 811 ou le 911 après être tombées.

- Pour les chutes survenues à l'extérieur [6] : au total, 13 598 chutes ont été identifiées à l'extérieur pour **l'ensemble de la population** vivant à domicile sur le territoire de l'île de Montréal entre les années 2016 et 2020 :
    - 51 % des chutes sont survenues **chez les femmes** et 44 % chez les hommes.
    - **Le nombre de chutes s'accentue avec l'âge**. Il augmente de façon marquée à partir de 50 ans. On constate un plateau entre 60 et 89 ans chez les hommes, alors qu'on observe une augmentation constante jusqu'à 89 ans chez les femmes.
    - **Des chutes extérieures sont signalées en toute saison, cependant une augmentation notable est observée en hiver** sur les cinq années analysées ; notamment lors des mois de décembre, janvier et février. Même si l'hiver mène à un excès de chutes, celles-ci ont été plus nombreuses de mars à novembre (8706 chutes) que de décembre à février (4892 chutes). Le croisement avec les données d'Environnement Canada a permis de constater que lorsqu'il y a précipitation de pluie suivie de température au-dessous de zéro, le nombre moyen de chutes extérieures augmente, et demeure plus élevé plusieurs jours suivant l'événement météorologique.
    - L'endroit où la chute extérieure est survenue n'est pas toujours précisé dans le rapport d'événement. Pour les évènements où l'information était disponible, les **stationnements extérieurs** (résidentiel, privé, public, sur rue ou encore en grandes surfaces) sont les lieux où sont survenues le plus grand nombre de chutes (3245), suivi des trottoirs (1477), des parcs (682), des escaliers (601), des ruelles (367) et dans la cour (270).
- Pour les chutes survenues à l'intérieur du domicile entre 2015 et 2021 [11], les données proviennent d'Urgences-Santé. Au total, 25 899 événements correspondant à des chutes avérées ou probables ont été identifiées **chez les personnes de 60 ans et plus** vivant à domicile:
    - Les deux tiers (64,7 %) des évènements sont survenues chez les **femmes** (versus 34,7 % chez les hommes).
    - **Entre 60 et 89 ans, le nombre de chutes survenues à l'intérieur augmente** tant chez les hommes que chez les femmes.
    - **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 partir de 80 ans, les femmes contactent deux fois plus Urgences-

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

santé en lien avec une chute survenue à l'intérieur que les hommes. 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.

- **La majorité des chutes se produit en journée et de façon plus marquée le matin** (29,6 % sont survenues entre 7 h et 11 h 59). Un pourcentage relativement important (22%) a été enregistré la nuit (minuit et 6 h 59). La tendance générale, observée sur une période de 24 heures, est comparable entre les sexes et les groupes d'âge.
- Tous groupes d'âges et sexes confondus, **une majorité des chutes surviennent dans la chambre, suivie de la salle de bain puis dans les corridors, lobbies et ascenseurs**. Les analyses du lieu de la chute par groupe d'âge ou par sexe ne sont pas présentés dans le rapport.

L'Agence de santé publique du Canada a produit des rapports portant sur les chutes chez les personnes de 65 ans et plus au Canada en 2014 [7] et en 2022 [8]. Une chute est compilée si elle est survenue au cours de l'année précédente et si elle a causé une blessure suffisamment grave pour limiter ses activités normales. L'Institut de la statistique du Québec compile le même indicateur lors de l'Enquête québécoise sur la santé des populations dont la plus récente version a été publiée en 2023 et porte sur les données 2020-2021 [12]. **Ces données sur les chutes ne correspondent donc pas au nombre total de chutes car certaines d'entre elles n'entraînent pas de blessure ou ne sont pas rapportées**. À partir de ces rapports, le tableau 2 résume la fréquence et les circonstances des chutes ayant causé une blessure chez les personnes aînées canadiennes et québécoises vivant à domicile.

Tableau 2. Fréquence et circonstances des chutes chez les personnes de 65 ans et plus canadiennes et québécoises vivant à domicile

	Agence de santé publique du Canada [7, 8]		**Institut de la statistique du Québec [12]**
Mesures	**ESCC 2009-2010**	**ESCC et BDCP [1] 2017-2018**	**EQSP 2020-2021**
Pourcentage des personnes de 65 ans ou plus vivant dans un ménage ayant déclaré avoir été blessées lors d'une chute au cours des 12 derniers mois	• Hommes et femmes: 5,7 % • Femmes : 6,7 % • Hommes : 4,6 % *Les calculs sont faits à partir du tableau 1 (ex. : Pour les hommes (93 090 / 93 090 + 1 918 788) *100 = 4,6 %	• Hommes et femmes : 5,8 % • Femmes : 6,5 % • Hommes : 5,0 %	• Hommes et femmes : 4,6 % • Femmes : 5,7 % • Hommes : 3,3 % Selon l'âge (sexes confondus) : 65-74 ans : 4,4 % 75-84 ans : 4,2 % 85 ans et plus : 6,8 %
Taux de chutes pour 1000 personnes de 65 ans et plus, selon les groupes d'âge (sexes confondus)	• 65 à 69 ans : 49,8 • 70 à 74 ans : 45,0 • 75 à 79 ans : 61,5 • 80 à 84 ans : 60,4 • 85 à 89 ans : 106,2 • 90 ans et plus : 100,6	Non disponible	Non disponible

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

	Agence de santé publique du Canada [7, 8]		Institut de la statistique du Québec [12]
Mesures	**ESCC 2009-2010**	**ESCC et BDCP [1] 2017-2018**	**EQSP 2020-2021**
Circonstances de la chute où la blessure par chute la plus grave est survenue (groupes d'âges et sexes confondus)	• Marcher sur une surface non enneigée ni glacée : 45 % • Marcher sur une surface enneigée ou glacée : 16 % • Monter ou descendre un escalier/des marches : 13 % • Problème de santé : 8 % • Tomber d'un siège en se levant : 5 % • Tomber d'une position élevée : 5 % • Autre activité physique ou sportive : 4 % • Autre (englobe le patin, le ski ou la planche à neige) : 4 %	• Marcher sur une surface non enneigée ni glacée : 43 % • Marcher sur une surface enneigée ou glacée : 18 % • Monter ou descendre un escalier/des marches : 11 % • Problème de santé : 6 % • Tomber d'un siège en se levant : non-disponible • Tomber d'une position élevée : 5 % • Autre activité physique ou sportive : 5 % • D'un meuble ou en montant sur un meuble : 5 % • Autre : 6 %	• Autres activités: 50.1% • Tâches domestiques: 42,3% • Sports ou exercices physiques: 20,3% • Déplacement pour se rendre au travail ou rentrer chez soi: 10,1% • Travail rémunéré: 4,5%
Site des blessures (groupes d'âges et sexes confondus)	• Épaule et au haut du bras : 17 % • Genou et bas de la jambe : 15 % • Chevilles ou pieds : 10 % • Tête : 7 % • Hanche : 7 %	• Épaules ou bras : 15 % • Genoux ou jambes : 13 % • Chevilles ou pieds : 12 % • Tête : 11 % • Hanche : 8 % • Plusieurs parties du corps : 4 %	• Non disponible
Conséquences des blessures (groupes d'âges et sexes confondus)	• Fractures : 35 % • Entorses et foulures : 30 % • Éraflures, contusions et ampoules : 19 %	• Fractures : 39 % • Entorses et foulures : 27 % • Éraflures, contusions et ampoules : 14 %	• Non disponible
Lieu de la consultation pour les personnes aînées qui ont reçu des soins médicaux dans les 48 heures suivant une blessure liée à une chute (groupes d'âges et sexes confondus)	• Service d'urgence : 67% • Cabinet de médecin : 16 % • Clinique : 7 %	• Service d'urgence : 72 % • Cabinet de médecin : 12 % • Clinique : 4 % • Cabinet de chiropraticien : 1 %	• Non disponible
Lieux de la chute lorsqu'une hospitalisation découle d'une chute (groupes d'âges et sexes confondus)	• Domicile : 50 % • Établissements de santé : 17 % • École, autre établissement, lieu public : 7 % • Rue ou autoroute : 3 % • Zone de commerce et de services : 2 % • Non précisé : 19 %	• Domicile : 52 % • Établissements de santé : 17 % • École : 5 % • Rue ou autoroute : 3 % • Zone de commerce et de services : 2 % • Non précisé : 18 %	• Dans sa résidence ou aux alentours (maison, appartement) : 62,0 % • Dans la résidence de quelqu'un d'autre ou aux alentours : 5,2 % • Lieu de pratique d'un sport : 2,5 % • En plein air : 13,3 % • Dans un endroit public : 16,0 %

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

	Agence de santé publique du Canada [7, 8]		Institut de la statistique du Québec [12]
Mesures	**ESCC 2009-2010**	**ESCC et BDCP [1] 2017-2018**	**EQSP 2020-2021**
			• Zone agricole, industrielle ou de construction : 1,1 %

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; EQSP : Enquête québécoise sur la santé de la population

[1] La Base de données sur les congés des patients (BDCP) inclut des renseignements administratifs, cliniques et démographiques sur les congés d'hôpital (décès, sorties et transferts) dans toutes les provinces et territoires, à l'exception du Québec.

Le rapport de l'Agence de santé publique du Canada de 2014 incluait également un état des connaissances sur les pratiques exemplaires disponibles à cette période pour la prévention des chutes issues de la recherche et des lignes directrices émises par des groupes d'experts nationaux et internationaux. **On souligne que la meilleure approche en matière de prévention des chutes chez les personnes âgées repose, d'une part, sur une évaluation multifactorielle du risque de chute et, d'autre part, sur un programme subséquent de prise en charge adapté aux facteurs de risque et au milieu de vie de la personne**. Par ailleurs, on mentionne que certaines améliorations au niveau des données probantes issues des organisations de santé publique pourraient aider à dégager plus clairement des façons de mieux cibler les activités de prévention:

- Distinguer l'évaluation des circonstances des chutes selon l'âge et le sexe;
- Évaluer séparément les chutes à l'intérieur et à l'extérieur car les causes ne sont pas les mêmes;
- Évaluer les circonstances des chutes pour lesquelles les personnes reçoivent des soins de santé à domicile ou à l'hôpital;
- Évaluer l'efficacité des interventions ciblant la population comparativement à celles visant les individus;
- Évaluer l'efficacité de la documentation actuelle sur la prévention des chutes pour les personnes vieillissantes qui demeurent à domicile;
- Évaluer les différences possibles dans les circonstances et conséquences des chutes à domicile en milieu rural et en milieu urbain.

> ➢ ***Constats du sous-comité sur les rapports de santé publique québécois et canadiens sur les circonstances des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile :***
>
> - *Les femmes chutent plus que les hommes;*
> - *Le nombre de chutes augmentent avec l'âge;*
> - *L'activité la plus fréquente associée à la chute est la marche;*
> - *Les sites des blessures sont variés, mais il s'agit d'une fracture dans environ le tiers des cas;*
> - *Près du trois quarts des personnes aînées ont reçu des soins médicaux dans les 48 heures suivant une blessure liée à une chute et 72 % d'entre elles ont reçu un traitement d'urgence;*
> - *Lorsqu'une hospitalisation découle d'une chute, la chute a eu lieu au domicile dans la moitié des cas.*

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Certaines améliorations au niveau des données issues des organisations de santé publique pourraient aider à dégager plus clairement des façons de mieux cibler les activités de prévention:

- Évaluer séparément les chutes à l'intérieur et à l'extérieur car les causes ne sont pas les mêmes.
- Améliorer la qualité des données concernant les circonstances des chutes pour lesquelles les personnes qui vivent à domicile reçoivent des soins de santé à domicile ou à l'hôpital afin de dégager des profils de chuteurs selon les facteurs de risque impliqués et les actions prises par la personne. Actuellement, les circonstances des chutes ayant mené à une hospitalisation dans la population de 65 ans et plus sont non précisées dans environ la moitié des cas.
- Évaluer l'efficacité des interventions ciblant la population comparativement à celles visant les individus.
- Évaluer l'efficacité de la documentation actuelle sur la prévention des chutes pour les personnes vieillissantes qui demeurent à domicile;
- Évaluer les différences possibles dans les circonstances et conséquences des chutes à domicile en milieu rural et en milieu urbain.

De plus, il serait pertinent que le Québec collige les mêmes données que le reste du Canada afin de pouvoir se comparer aux autres provinces et territoires du Canada.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Études prospectives ou rétrospectives ayant identifié des profils de chuteurs chez les personnes aînées vivant à domicile

Parmi les documents retenus, deux études prospectives [13, 14] et trois études rétrospectives [15-18] ont permis d'identifier des **profils de chuteurs chez les personnes aînées vivant à domicile** en fonction de leurs caractéristiques biopsychosociales (sexe, âge, etc.), des circonstances des chutes (ex. : lieux, activités au moment de la chute, causes perçues, etc.) ainsi que des conséquences des chutes (ex. : blessures, fractures, etc.). Les résultats détaillés pour chacune des études sont présentés aux **annexes 1 à 5** et sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 3. Profils de chuteurs chez les personnes aînées vivant à domicile identifiés dans les 5 études prospectives ou rétrospectives

Populations étudiées dans les 5 études					
Populations variées (France, Pays-Bas, Ontario, Suède) **Méthodologies variées**	**Cinq profils de chuteurs** déterminés **rétrospectivement** auprès de 1467 personnes de 65 ans et plus **(hommes: 30,8 %; femmes: 69,2 %)** et hospitalisées après une chute avec blessure au domicile dans 7 hôpitaux de diverses villes en France [15, 16]	**Quatre profils de chuteurs** déterminés **rétrospectivement** auprès de 333 personnes de 65 ans et plus **(hommes: 30,9 %; femmes: 69,1 %)** ayant consulté l'urgence de l'hôpital universitaire de Maastricht (Pays-Bas) après une chute avec blessure [17]	**Quatre profils de chuteurs** déterminés **rétrospectivement** auprès de 1870 personnes de 65 ans et plus vivant dans 6 résidences privées pour personnes aînées (RPA) en Ontario avec différents niveaux de services [18]. % **hommes / femmes non disponible** car données colligées de façon anonymisée	**Cinq profils de chuteurs** déterminés parmi 2566 personnes aînées de 60 ans et plus (**hommes: 38,8 %; femmes: 61,2 %)** vivant à domicile de 4 régions de Suède **suivi pendant 10 ans** [14]	**Quatre profils de chuteuses** parmi 329 **femmes âgées** de 74 ans et plus vivant à domicile à Lyon, Montpellier ou Toulouse en France **suivies pendant 4 ans** [13]
Profils de chuteurs qui se dégagent selon les 5 études					
Profil 1 - Personnes actives et en santé	**Profil 1 (5,7%)** : Personnes aînées plus jeunes, principalement des hommes, autonomes, chutant de grande hauteur dans des pièces annexes de la maison ou les parties extérieures, en ayant pris des risques	**Profil 1 (44,1 %)** : femmes 72,8%, chutes extérieures, loin du domicile, survenant principalement lors de la marche, du vélo et des courses. Plus jeunes (moins de 80 ans), moins d'évitement d'activités dû à la peur de chuter. Personnes aînées	**Profil 1 – RPA autonomes (25,2 %)** : 12,5% ont chuté au moins une fois, avec blessure 42,5 %	**Profil 1 (34,3 %)** : En santé, femmes 56,2 %, pourcentage de chuteurs avec blessure après 10 ans: 11,8 %	**Profil 1 – Chutes reliées à l'environnement (19,1 %)** : dépendance : non, aide à la marche : non, capable de se relever : sans aide, Lieux de la chute: à l'extérieur, contexte au moment de la chute: Manque d'attention, glissement, trébuchement, faux pas, blessure :

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

		ayant moins de problèmes de santé, plus d'autonomie fonctionnelle et qui s'aventurent encore à l'extérieur.			non, % mortalité au suivi de 13 ans : 26,1 %
Profil 2 - Personnes commençant à ressentir de l'instabilité en lien avec l'équilibre	**Profil 2 (4,6 %)** : Personnes aînées les plus jeunes, présentant des problèmes de santé spécifiques et vivant dans des logements qui n'étaient pas toujours adaptés, ayant chuté dans un escalier	**Profil 2 (11,4 %)** : femmes 52,6 %, chutes extérieures à proximité du domicile (jardin, chemin d'accès), principalement lors de tâches domestiques	**Profil 2 – RPA services plus (36,2 %)** : 28,4 % ont chuté au moins une fois, avec blessure 41,9 %	**Profil 2 (11,3 %)** : Bon fonctionnement, avec multimorbidité, femmes 45,7 %, pourcentage de chuteurs avec blessure après 10 ans: 15,9 %	**Profil 2 – Chutes à l'extérieur (26,1 %)** : dépendance : non, aide à la marche : non, capable de se relever : avec aide, lieux de la chute: à l'extérieur / surface dure, contexte au moment de la chute: Porter des chaussures d'extérieur et un manteau, blessure : conséquence légère, % mortalité au suivi de 13 ans : 19,1 %
Profil 3 - Personne avec un risque modéré de chute	**Profil 3 (32,4 %)** : Personnes aînées autonomes, se percevant en bonne santé et chutant lors d'une perte d'équilibre ou de leur hauteur	**Profil 3 (34,8 %)** : femmes 69 %, chutes à l'intérieur (à d'autres endroits que le couloir et la salle de bain), principalement lors d'activités de la vie quotidienne	**Profil 3 – RPA soins assistés pour problèmes physiques (17,4 %)** : 30,3 % ont chuté au moins une fois, avec blessure 31,7 %	**Profil 3 (28,6 %)** : Bon fonctionnement, avec multimorbidité et consommation élevée de médicaments qui augmentent le risque de chutes, femmes 59,7 %, pourcentage de chuteurs avec blessure après 10 ans: 25,5 %	**Profil 3 – Chutes à l'intérieur (42,6 %)** : dépendance : oui, aide à la marche : oui, capable de se relever : pas immédiatement, lieux de la chute: à l'intérieur, contexte au moment de la chute: port de pantoufles ou de chaussettes, évanouissement (fatigue, médicaments, etc.), blessure : non, % mortalité au suivi de 13 ans : 42,6 %
Profil 4 - Personnes vulnérables avec un risque élevé de chute	**Profil 4 (54,0%)** : Principalement des femmes, âgées, se percevant en mauvaise santé,	**Profil 4 (9,6%)** : femmes 65,6 %, chutes à l'intérieur dans le couloir et la salle de bain, principalement lors d'une visite	**Profil 4 – RPA soins pour trouble de mémoire (21,2 %) :** 28,8 % ont chuté au moins une fois,	**Profil 4 (10,7 %)** : Déficiences physiques et cognitives, femmes 72,6 %,	**Profil 4 – Chutes de sa hauteur (12,2 %)** : dépendance : non; aide à la marche : non; capable de se relever : dépend de

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

	dépendantes pour réaliser les activités de la vie quotidienne, chutant lors d'activité à faible intensité	aux toilettes. Plus inactif et plus de difficultés à accomplir les activités quotidiennes. Plus de peur de tomber.	avec blessure 34,1 %	pourcentage de chuteurs avec blessure après 10 ans: 36,9 %	la blessure; lieux de la chute: échelles, escaliers; contexte au moment de la chute: chute en arrière, sur les fesses ou la hanche; blessure : conséquence sévère, % mortalité au suivi de 3 ans : 12,2 %
Profil 5 - Personne avec un risque très élevé de chute	**Profil 5 (4,6 %)** : Personnes très âgées, limitées dans les activités de la vie quotidienne, ayant un déficit visuel, 30,6 % vit vit en EHPAD ou résidence autonomie (soins de longue durée)	Non applicable	Non applicable	**Profil 5 (15,2%)** : En situation de handicap; femmes 79 %, pourcentage de chuteurs avec blessure après 10 ans: 41,3 %	Non applicable ?

- ***Constats du sous-comité selon les résultats des études portant sur les profils de chuteurs chez les personnes de 60-65 ans et plus vivant à domicile :***
  - *On retrouve un continuum de 5 profils de chuteurs en fonction du sexe, de l'augmentation en âge ainsi que des conditions de santé des personnes et leurs activités à l'intérieur ou à l'extérieur. Ces données correspondent au continuum d'interventions pour la prévention des chutes en fonction de 5 trajectoires de vieillissement* [19] *qui avaient été identifiées dans notre rapport publié en 2025 :*
    - *Personne active et en santé*
    - *Personne commençant à ressentir de l'instabilité en lien avec l'équilibre*
    - *Personne avec un risque modéré de chute*
    - *Personne avec un risque élevé de chute*
    - *Personne avec un risque très élevé de chute*

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Études prospectives portant sur les circonstances des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile

Étude prospective MOBILIZE (Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly) Boston Study

Cinq articles [20-24] publiés entre 2013 et 2023 issus des données de la MOBILIZE Boston Study ont été retenus dans la présente revue narrative de la littérature. Cette étude prospective visait à identifier les facteurs de risque et les mécanismes des chutes chez des personnes aînées vivant à domicile. Il nous a semblé pertinent de regrouper les résultats dans une section distincte considérant que les cinq articles portent sur les résultats obtenus auprès du même échantillon de 765 personnes aînées de 70 ans et plus (490 femmes et 275 hommes) vivant à domicile dans la région de Boston. L'âge moyen des participants au début de l'étude était de 78 ans (64 à 97 ans). Près de la moitié (46,6 %) des participants avaient un diplôme universitaire. Les autres critères d'éligibilité comprenaient la capacité à lire et à parler anglais, la capacité à marcher 6 mètres sans l'aide d'une autre personne, l'intention de rester dans la région de Boston pendant au moins 2 ans et des capacités cognitives adéquates (score d'au moins 18 points au Mini-Mental State Examination (MMSE)).

Le recrutement s'est déroulé de septembre 2005 à décembre 2007 par le biais d'un porte-à-porte dans des ménages sélectionnés au hasard comptant au moins un membre âgé de 70 ans ou plus, tel qu'enregistré dans les listes municipales annuelles requises dans le Massachusetts. Sur les 5 655 ménages échantillonnés, 4 303 personnes aînées de 70 ans et plus ont été identifiées. Sur ces 4 303 personnes, 1 581 n'étaient pas éligibles et 1 973 ont refusé de participer ou n'ont pas pu être contactées. Seize personnes supplémentaires âgées de 64 à 69 ans, qui étaient les conjoints ou vivaient avec un participant, ont été ajoutées à la cohorte, pour un total de 765 participants. La durée de suivi était de 5 ans au maximum. Au total, 90 personnes parmi les 765 étaient décédées après 5 ans (11,8 %).

Les participants devaient remplir un calendrier mensuel des chutes afin d'y noter chaque jour les chutes survenues et le retourner par la poste au centre de recherche à la fin de chaque mois. Chaque fois qu'une chute était signalée sur le calendrier mensuel, le personnel de recherche menait un entretien téléphonique avec le participant ou son représentant afin de connaître les circonstances et les conséquences de chaque chute.

Les principales limites de l'étude MOBILIZE sont: 1) L'utilisation dans les analyses des caractéristiques cliniques **à l'entrée de l'étude** (maladies aiguës ou chroniques, consommation de médicaments, risques environnementaux), ce qui limite la capacité d'identifier les relations entre les facteurs de risque et les mécanismes des chutes survenues durant les 5 ans de l'étude chez des personnes aînées vivant à domicile; et 2) La cohorte étudiée incluait uniquement des participants habitant une zone géographique du Massachusetts située dans un rayon de 8 km autour de l'Institute for Aging Research, ce qui limite la généralisation des résultats. Cependant, une comparaison des données démographiques des participants à l'étude MOBILIZE avec celles du recensement américain a montré des distributions comparables par sexe et par groupe racial dans la population âgée de 70 ans et plus.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Les principaux résultats des cinq études sont présentés plus en détails à l'**annexe 6.** En résumé, les résultats suivants ont été obtenus au travers des 5 études pour l'ensemble des participants (n= 765):

- **Taux de chute chez les hommes et les femmes respectivement pendant la période de suivi (4,3 ans)** : aucune chute (37,3 % vs 36,4 %), **au moins une chute (62,7 % vs 63,6%)** : une chute (20,3 % vs 20,8 %), deux chutes (13,8 % vs 13,1 %) et trois chutes ou plus (28,6 % vs 29,7 %).
- **Les femmes se blessent plus souvent que les hommes suite à une chute [25]** : Le taux global de chutes avec blessures était de 33,8/100 personnes-années : femmes (37,3/100 personnes-années) ; hommes (27,6/100 personnes-années). Le taux de chutes graves avec blessures, celles qui ont nécessité une visite aux urgences ou une hospitalisation, était de 7,0/100 personnes-années (hommes et femmes confondus) : femmes seulement (7,7/100 personnes-années) ; hommes seulement (5,7/100 personnes-années).
- **Les chutes se sont produites autant à l'intérieur (53 %) qu'à l'extérieur (47%)** : le plus fréquemment à l'intérieur: salon ou la salle à manger, chambre à coucher, escaliers. Le plus fréquemment à l'extérieur: trottoirs, cours ou jardins, rues ou bordures de trottoir, escaliers extérieurs et stationnements.
- **Les activités les plus fréquemment rapportées au moment de la chute**: marche, station debout, en descendant ou montant les escaliers.
- **Les causes les plus fréquentes des chutes** : glissements ou trébuchements; chaussures inadaptées, problèmes de santé, neige ou glace, étourdissement ou faiblesse, environnement sombre
- **Si l'on considère l'ensemble des chutes, on constate une légère augmentation du taux de chutes avec l'âge et un taux de chutes légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes**, bien que l'augmentation du taux de chutes avec l'âge se limite aux chutes à l'intérieur ; le taux de chutes à l'extérieur diminue avec l'âge. Après deux ans de suivi, parmi les 765 participants:
    - 17,6 % ont chuté à l'extérieur seulement (n= 135), dont 54,3 % était des femmes
    - 16,9 % ont chuté à l'intérieur seulement (n= 129), dont 77,0 % était des femmes
    - 14,8 % ont chuté à l'extérieur et à l'intérieur (n= 113), dont 63,7% était des femmes
    - 41,6 % n'ont pas chuté (n= 318), dont 64,2% était des femmes
- **Les personnes aînées présentant un risque élevé de chute à l'intérieur ont un profil différent des personnes aînées présentant un risque élevé de chute à l'extérieur.** Les chutes à l'intérieur étaient associées à des incapacités, à des indicateurs de mauvaise santé et à un mode de vie sédentaire. Les chutes à l'extérieur étaient associées à un mode de vie actif et à une santé moyenne ou supérieure à la moyenne.
- **Les chutes peuvent se produire de façon récurrente, ce qui présente un risque relativement plus élevé de conséquences néfastes**. Les personnes aînées présentant des chutes multiples, une multimorbidité, des symptômes dépressifs ou des douleurs chroniques devraient faire l'objet de mesures préventives.
- Les auteurs recommandent que :
    - Les études futures déterminent le **temps que chaque participant passe à l'intérieur et à l'extérieur** afin que les taux de chutes à l'intérieur et à l'extérieur puissent tenir compte du temps passé à risque.
    - Les **interventions pour prévenir les chutes à l'extérieur** vise l'élimination des dangers liés aux trottoirs, aux bordures et aux rues, par exemple en réparant les

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

surfaces inégales, en enlevant les débris, en installant des rampes aux intersections et en peignant les bordures.

Autres études prospectives

Quatorze autres études prospectives publiées entre 2000 et 2022 ont été retenues, dont 6 incluaient seulement des femmes [26-31]. Quatre études ne ciblaient pas des sous-groupes spécifiques [26, 27, 32, 33], tandis que les autres études portaient sur les sous-groupes suivants : personnes à risque de chute pré-fragiles ou fragiles [34-36], personnes à risque de fracture ou ménopausées ou personnes avec ostéoporose [28-31], personnes physiquement actives [37-39]. Cinq études provenaient des États-Unis [27-29, 32, 36], deux études provenaient de l'Australie [30, 31] et les autres provenaient des pays suivants : Norvège [26], Finlande [33], Allemagne [37], Pays-Bas [39], Nouvelle-Zélande [38], Suisse [34] et Suède [35].

L'âge des participants variait selon les études : 61 ans et plus [38], 62 ans et plus [31], 63 ans et plus [29], 65 ans et plus [27, 34, 36, 39], 70 ans et plus [28, 30, 37], 72 ans et plus [32], 75 ans et plus [26, 35, 40], 85 ans et plus [33].

La méthode de collecte de données sur les chutes variait selon les études :

- Calendrier bi-mensuel des chutes et suivis téléphoniques pendant 1 an [27, 35]
- Calendrier mensuel des chutes et suivis téléphoniques pendant 1 an [34, 36-38], 13 mois [29, 31], 1,6 an (médiane) [30], pendant 2 ans [28] ou 3 ans [32]
- Calendrier trimestriel des chutes et suivis téléphoniques pendant 1 an [26]
- Suivi téléphonique une fois par mois [39] ou 2 fois par mois [33]

Les résultats détaillés des 14 études sont présentés à **l'annexe 7**. Le **tableau 4** ci-après résume la prévalence, les circonstances et les conséquences les plus fréquentes des chutes selon 5 profils de participants sur une période de suivi de 1 à 3 ans.

Tableau 4. Prévalence, circonstances et conséquences les plus fréquentes des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile selon 14 autres études prospectives

Profils de participants	Prévalence, circonstances et conséquences les plus fréquentes des chutes
Hommes et femmes physiquement actifs [1] [37-39] :	• Taux : 41-48% • Lieux : extérieur 50-64 % • Activité : en marchant ou trébuchement (30-44 %) • Cause perçue : n.d. • Moment : dans la journée ou soir (43-58 %) • Saison : entre septembre et février • Blessure :au moins une blessure suite à la chute 37-57% • Recours aux soins à la suite des chutes: consultation d'un médecin (hommes : 10%; femmes : 27%), admission à l'hôpital (hommes : 2 %; femmes : 7 %)
Hommes et femmes profils variés [2] [32, 33]:	• Taux : 31-75% • Lieux : extérieur (35 %) • Activité : trébuchement (20 %), Marche (48%) • Cause perçue : n.d.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Profils de participants	Prévalence, circonstances et conséquences les plus fréquentes des chutes
	• Moment : dans la journée (48 %) • Blessure : au moins une blessure suite à la chute (21-36%) • Recours aux soins à la suite des chutes : n.d.
Hommes et femmes à risque de chute [3] [34-36]	• Taux : pré-fragiles: 60 %, fragiles: 53-73 %; • Lieux : extérieur pré-fragiles: 58 %; fragiles: 15 %; • Activité : pré-fragiles : en mouvement (84 %), fragiles : en marchant (24-27 %) • Cause perçue : pré-fragiles : n.d.; fragiles : perte d'équilibre (32 %), trébuchement (12-28 %), • Moment : pré-fragiles : après-midi (57 %), fragiles : la nuit (7-13 %) • Saison : pré-fragiles: risque de blessure plus élevé l'hiver; fragiles : n.d. • Blessure : au moins une blessure pré-fragiles (71 %); fragiles (44-56 %); blessure grave pré-fragiles (9 %); fragiles (27-44 %) • Recours aux soins à la suite des chutes (hommes et femmes ensemble): consultation d'un médecin en ambulatoire (9 %), admission à l'hôpital (4 %)
Femmes seulement profils variés [4] [26, 27]	• Taux : 50-59 % • Lieux : extérieur 42-57 % • Activité : en marchant (41 %) • Cause perçue : n.d. • Moment : après-midi 50 % • Saison : été 31 % • Blessure :au moins une blessure suite à la chute 51%; blessure grave 24 % • Recours aux soins à la suite des chutes: consultation d'un médecin (38%), consultation à l'urgence 23 %, chirurgie 8 %.
Femmes seulement à risque de chute [5] [28-31]	• Taux : 29-64 % • Lieux : extérieur 36-71 % • Activité : en marchant 60-65 % • Cause perçue : trébuchement ou glissement 39-60 % • Moment : matin 81-88 % • Saison : hiver 22-27 % • Blessure :au moins une blessure suite à la chute 41-69 %; blessure grave 13-14 % • Recours aux soins à la suite des chutes: consultation d'un médecin (9-30%), consultation à l'urgence (7-15%), admission à l'hôpital (5 %)

n.d. : non-disponible
[1] Hommes et femmes physiquement actifs : 44 % - 92 % femmes; âge moyen = 73 – 79 ans
[2] Hommes et femmes profils variés : 58 à 77 % femmes; âge moyen = 80 – 88 ans
[3] Hommes et femmes à risque de chute pré-fragiles (chutes antérieures) et fragiles (ayant eu une fracture de la hanches ou vitesse de marche <0,8 m/s) : 69 % - 79 % femmes; âge moyen = 77 – 84 ans
[4] Femmes seulement profils variés : âge moyen = 77 - 81 ans
[5] Femmes seulement à risque de chute, à risque de fracture, post-ménopausées, faisant partie d'une étude sur l'ostéoporose : âge moyen = 55 - 78 ans

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Études rétrospectives portant sur les circonstances des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile

Dix-neuf études rétrospectives publiées entre 2006 et 2024 ont été retenues. Douze provenaient des États-Unis [41-52], deux provenaient du Japon [40, 53] et les autres provenaient des pays suivants : Belgique [54], Australie [55], Espagne [56], France [57] et Canada [58].

Concernant l'âge des participants, on retrouvait les critères d'inclusion suivants 18 ans et plus [52, 58], 45 ans et plus [50], 50 ans et plus [46], 55 ans et plus [42-44], 60 ans et plus [45], 65 ans et plus [41, 47-49, 51, 53-55, 57], 75 ans et plus [40, 56].

Les données sur les chutes provenaient des sources suivantes :

- Base de données issues d'une enquête nationale [45, 49, 51, 52, 57]
- Base de données clinico-administratives [41, 47, 58]
- Base de données administratives de résidences pour personnes aînées [48]
- Recrutement de participants et questionnaire auto-administré [46, 53]
- Recrutement de participants et questionnaire rempli par un interviewer (en personne ou au téléphone) [40, 42-44, 50, 55, 56]
- Recrutement de participants et questionnaire postal [54]

Les résultats détaillés des 19 études sont présentés à l'**annexe 8**.
En résumé, voici les prévalences, circonstances et conséquences des chutes les plus fréquentes dans ces 19 études:

- **Incidence sur 3 mois** : 1 -7 % au moins une chute avec blessure; hommes de 65 ans et plus (48 % des chutes à l'extérieur); femmes de 65 ans et plus (32,5% des chutes à l'extérieur).
- **Incidence sur 12 mois** : 23 - 34 % au moins une chute. Proportion plus élevée chez les femmes (37,5 % vs 29,2 %); proportion augmente avec l'âge : 65-74 ans (25,7 %); 75-84 ans (36,5 %); 85 ans et plus (63,3 %); 38-62 % des personnes rapportent 2 chutes ou plus. Proportion plus élevée chez les personnes qui vivent seules (2 à 4 fois plus selon le sexe et le groupe d'âge).
- **Incidence sur 2 ans** : 24 % au moins une chute, parmi ceux qui ont chuté, dont 41 % plus d'une fois.
- **Incidence sur 4 ans** : au moins une chute : hommes vivant seuls vs avec d'autres personnes, par groupes d'âge: 50-60 ans (60% vs 50%); 61-70 ans (20% vs 36%); 71-80 ans (43% vs 37%); 81 ans et plus (71 % vs 70 %); femmes vivant seules vs avec d'autres personnes, par groupes d'âge: 50-60 ans (85% vs 77%); 61-70 ans (51% vs 56%); 71-80 ans (71% vs 60%); 81 ans et plus (78 % vs 57 %).
- **Incidence en résidence pour personnes aînées (RPA)** sur 4 ans: 58,7 % des résidents (n= 683) ont chuté au moins une fois durant les 4 ans, dont 53,8 % plus d'une fois; 68,2 % des chutes chez des femmes; 80,1 % des chutes chez les 85 ans et plus; 44,5 % des chutes entre 8h00 et 16h00.
- **Lieux** : chute à l'extérieur (58-72%), chute à l'intérieur (42 -53%). Lieux à l'extérieur : jardin, rue; lieux à l'intérieur : salon, chambre, escalier, salle de bain. Proportion de chutes à l'extérieur plus élevée chez les hommes et diminue avec l'âge (hommes et femmes). Par rapport au moins de 85 ans, les 85 ans et plus chutent plus souvent à la

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

maison (77,9% vs 44,1%), en portant des pantoufles (50,7 % vs 37,1 %), sur un sol lisse (72,9 % vs 42,9%); ils chutent moins en présence d'un objet (18,8 % vs 35,3%) et moins de chute à plat ventre (59,4 % vs 66.7%).

- **Activité durant la chute** : marche (47,3 %), escaliers (23,6 %)
- **Moment de la journée** : matin et début après-midi
- **Causes perçues** : trébuchement, glissement, perte d'équilibre. La proportion de chutes dues à un trébuchement ou à un glissement diminue avec l'âge, tandis que la proportion de chutes dues à une perte d'équilibre ou à un enchevêtrement des jambes augmente avec l'âge.
- **Direction de la chute** : le plus souvent par en avant.
- **Saisons** : Printemps (19,7 %), Hiver (19,7 -37 %), été (14,1 %), automne (22,5 %); 17 % des chutes à l'extérieur étaient liées aux conditions météorologiques. Un pourcentage plus élevé de visites aux urgences était produit en raison d'une chute subie à l'extérieur en hiver (29,8 %) par rapport au printemps (25,8 %), à l'été (22,2 %) et à l'automne (22,2 %).
- **Recours aux soins à la suite des chutes** : contact d'un médecin (23-45 %, jusqu'à 73 % chez des chuteurs qui ont subi une blessure); consultation aux urgences (20-37 %, jusqu'à 52 % chez des chuteurs qui ont subi une blessure), hospitalisation (11-23 %). 54-55 % des chutes n'ont pas requis de traitement médical.
- **Blessures** : au moins une blessure 8-66 %; proportion plus élevée de femmes; Blessures les plus fréquentes : coupures, éraflures ou contusions (32-71 %), entorses ou foulures (9,9 %).
- **Peur de tomber** : 61,8 % (hommes et femmes ensemble) disent avoir peur de tomber.
    - La peur de tomber est plus élevé chez les femmes, les 85 ans et plus, si la personne habite seul, si elle a chuté dans les 12 derniers mois, si elle présente des symptômes dépressifs et chez les personnes présentant des déficiences fonctionnelles ou chez celles attribuant leur chute à un facteur intrinsèque.
    - Les chutes à l'extérieur sur les trottoirs et les escaliers sont plus fréquentes chez les personnes ayant peur de tomber.
    - Les stratégies comportementales pour la prévention des chutes à l'extérieur étaient plus utilisées après une chute chez les personnes ayant peur de tomber.
    - Les facteurs prédictifs négatifs significatifs de l'utilisation de stratégies de prévention des chutes extérieures comprenaient un niveau d'études élevé et le fait de vivre en milieu urbain ou suburbain tandis que les facteurs prédictifs positifs étaient la préoccupation concernant les chutes et le nombre de risques identifiés.
- **Chute après une hospitalisation** : Le taux de chute à domicile au congé de l'hôpital était de 7 %, dont 62 % étaient des femmes et 33,4 % avaient 85 ans et plus.
    - Les personnes aînées courent le plus grand risque de chute à domicile au cours des 7 premiers jours suivant leur sortie d'une hospitalisation en soins aigus.
    - Le risque de chute avec blessure augmente de manière constante par tranche d'âge de 5 ans par rapport aux personnes aînées de 65 à 69 ans, le risque le plus élevé étant observé chez les personnes aînées de 85 ans ou plus (3 fois).
    - Les femmes présentaient un risque global de chute au congé de l'hôpital supérieur de 34 % à celui des hommes.
    - Les personnes aînées ayant des antécédents de chutes, orientés vers des soins à domicile ou hospitalisés pour des affections touchant le système nerveux central sont les plus susceptibles de subir une chute à domicile après leur sortie de l'hôpital.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

- **Impact de la cohésion sociale et de l'environnement physique du quartier** i.e. cohésion sociale (sentiment d'appartenance, confiance, convivialité et serviabilité); environnement physique (vandalisme/graffiti, déchets, maisons vacantes/désertes et sécurité perçue en rentrant chez soi la nuit) :
    - Une augmentation d'une unité de la cohésion sociale est associée à une réduction de 4 % du risque de subir une seule chute et à une réduction de 6 % du risque de subir des chutes multiples.
    - Une augmentation d'une unité de l'environnement physique était associée à une réduction de 4 % du risque de subir une seule chute et à une réduction de 5 % du risque de subir des chutes multiples.
- **Algorithme de prédiction des premières chutes chez les personnes aînées canadiennes bénéficiant de soins à domicile** : cet algorithme a été développé à partir de données de clinico-administratives canadiennes. Il inclut une combinaison de 13 facteurs de risque qui prédisent une première chute chez les usagers des services de soins à domicile n'ayant pas chuté au cours des 3 derniers mois.
    - La variable de départ de l'algorithme est divisée en deux catégories selon que les personnes **ambulatoires** (déplacements avec ou sans aide à la marche) **ou non ambulatoires à l'intérieur** (déplacements un fauteuil roulant).
    - Les personnes ambulatoires étaient ensuite divisées en deux groupes en fonction de leur démarche, i.e. celles présentant ou non une **démarche instable**.
    - **L'algorithme permet de distinguer 6 niveaux de risque d'une première chute** : 5-10 %, 11-15 %, 16-20 %, 21-25 %, 26-30 % et 31-35 %.

➢ ***Constats du sous-comité sur les résultats des études prospectives et rétrospectives décrivant la prévalence, les circonstances et les conséquences des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile:***

- *Au total, le taux de chutes augmente avec l'âge 65-74 ans (20-30 %); 75-84 ans (35-40 %); 85 ans et plus (60-75 %), mais cette augmentation est due principalement aux chutes à l'intérieur car le taux de chutes à l'extérieur diminue avec l'âge;*
- *Les personnes aînées présentant un risque élevé de chute à l'intérieur sont différentes des personnes aînées présentant un risque élevé de chute à l'extérieur. Les chutes à l'intérieur sont associées à des capacités fonctionnelles et cognitives réduites, à des indicateurs de mauvaise santé et à un mode de vie sédentaire. Les chutes à l'extérieur sont associées à un mode de vie actif et à une santé moyenne ou supérieure à la moyenne;*
- *Au total, les femmes chutent un plus souvent que les hommes; toutefois, les hommes plus jeunes chutent plus souvent à l'extérieur que les femmes;*
- *Lieux les plus fréquents à l'intérieur: salon ou la salle à manger, chambre à coucher, salle de bain, escaliers.* ***Il est intéressant de constater que la salle de bain ne ressort pas comme le lieu de chute le plus fréquent.***
- *Lieux les plus fréquents à l'extérieur : trottoirs, cours ou jardins, rues ou bordures de trottoir, escaliers extérieurs et stationnements;*
- *Moment de la journée : matin et après-midi;*

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

- *Vivre seul : le taux de chutes est plus élevé d'environ chez les personnes qui vivent seules (2 à 4 fois plus selon le sexe et le groupe d'âge);*
- *Saison : les chutes surviennent dans les mêmes proportions durant les 4 saisons, cependant un pourcentage plus élevé de visites aux urgences se produit l'hiver suite à chute à l'extérieur;*
- *Les activités les plus fréquemment rapportées au moment de la chute: marche, station debout, en descendant ou montant les escaliers;*
- *Les causes perçues les plus fréquentes des chutes : glissement ou trébuchements;*
- *Blessure à la suite de la chute : au moins une (8-66 %); proportion plus élevée de femmes; blessures les plus fréquentes: coupures, éraflures ou contusions (32-71 %), entorses ou foulures (9 %), fractures (4-5 %);*
- *Recours aux soins à la suite de la chute : 54-55 % n'ont pas consulté après la chute; consultation d'un médecin (23-45 % et jusqu'à 73 % chez les chuteurs qui ont subi une blessure); consultation aux urgences (20-37 % et jusqu'à 52 % chez les chuteurs qui ont subi une blessure), hospitalisation (11-23 %);*
- *Peur de tomber : La peur de tomber est plus élevé chez les femmes, les 85 ans et plus, si la personne habite seul, si elle a chuté dans les 12 derniers mois, si elle présente des symptômes dépressifs et chez les personnes présentant des déficiences fonctionnelles ou chez celles attribuant leur chute à un facteur intrinsèque. Les chutes à l'extérieur sur les trottoirs et les escaliers sont plus fréquentes chez les personnes ayant peur de tomber. Les personnes qui ont peur de chuter diminuent leurs activités;*
- *Chute après une hospitalisation : risque de chute plus élevé dans les 7 premiers jours suivant le congé de l'hôpital, le risque est plus élevé chez les femmes et augmente de manière constante par tranche d'âge de 5 ans;*
- *Une meilleure cohésion sociale (sentiment d'appartenance, confiance, convivialité et serviabilité) et un meilleur environnement physique (vandalisme/graffiti, déchets, maisons vacantes/désertes et sécurité perçue en rentrant chez soi la nuit) diminue le risque de chute à l'extérieur;*
- *Un algorithme de prédiction des premières chutes chez les personnes aînées bénéficiant de soins à domicile a été développé à partir de données canadiennes.*

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Synthèse des connaissances issues de la littérature sur les barrières et facteurs favorables à la prévention des chutes selon les personnes aînées vivant à domicile

Les barrières et facteurs favorables à la prévention des chutes sont rapportées de façon détaillée au **tableau 5** ci-après et résumé dans la **figure 1**. Ils sont reliés :

1) À la personne aînée elle-même i.e. son état de santé, sa personnalité, ses préférences, ses capacités financières, son contexte social ainsi que ses connaissances et croyances face à la prévention des chutes;
2) Aux caractéristiques des programmes offerts incluant ceux en présentiel ou à distance (applications mobiles, moniteurs d'activité physique, casque de réalité virtuelle, tablettes, applications web, visioconférences, webinaires, jeux interactifs sur la télévision, textos SMS, technologie e-santé ou m-santé) ;
3) Aux interventions des professionnels de la santé
4) Au soutien institutionnel et organisationnel.

Barrières à la prévention des chutes

A) Reliées à la personne aînée
- Manque de motivation
- Manque de connaissances sur les chutes
- Chutes perçues comme inévitables et impossibles à prévenir
- Ne se sent pas à risque de chute
- Considère que les chutes sont un problème moins important
- Stigmatisation associée aux chutes
- Âge avancé (moins de confiance dans leurs capacités à gérer les chutes)
- Manque de forme physique ou mauvais état de santé ou mobilité réduite
- Gêne ou inconfort à faire des exercices physiques en groupe
- Peur des blessures
- Problèmes de communication
- Capacité financière limitée

B) Reliées à la disponibilité et aux caractéristiques des programmes de prévention en présentiel ou à distance
- Manque de disponibilité/accessibilité ou la méconnaissance de l'existence des programmes de prévention dans la communauté
- Interventions non adaptées aux préférences, aux besoins et capacités des personnes aînées
- Spécifiquement reliés aux programmes entièrement ou majoritairement à distance (ex.: difficulté à apprendre à utiliser la technologie, etc.)

C) Reliées aux professionnels de la santé
- Manque d'informations sur les chutes fournies aux personnes aînées par les médecins et professionnels de la santé consultés

D) Reliées aux organisations
- Manque de soutien institutionnel/organisationnel

Facteurs favorables à la prévention des chutes

A) Reliés à la personne aînée
- Connaissances des conséquences des chutes et des différentes interventions visant à les prévenir
- Adopter une perspective « parcours de vie » sur les chutes (par exemple, « vivre de manière autonome plus longtemps » ou « pour rester en santé plus longtemps »)
- Pertinence et bénéfices perçus des programmes de prévention
- Socialisation avec les autres lors de la participation au programme de prévention
- Support des proches
- Support des pairs et de la communauté
- Support financier
- Avoir chuté antérieurement
- Âge avancé (veulent davantage améliorer leurs connaissances pour prévenir les chutes)

B) Reliés à la disponibilité et aux caractéristiques des programmes de prévention en présentiel ou à distance
- Offrir des programmes qui peuvent être adaptés aux préférences, aux capacités et aux besoins individuels; qui s'intègrent dans la routine quotidienne de la personne aînée
- Tenir compte des aspects pratiques pour permettre la participation à un programme de prévention (par exemple, accessibilité, emplacement, coûts, horaires)
- Avoir accès à du matériel éducatif (différentes langues, papier, vidéo, etc.)
- Spécifiquement reliés aux programmes entièrement ou majoritairement à distance (ex.: avoir accès à internet, avoir accès aux outils numériques, etc.)

C) Reliées aux professionnels de la santé
- Support des professionnels de la santé, particulièrement les médecins et pharmaciens

D) Reliées aux organisations
- Soutien institutionnel et organisationnel (ex.: financer et mettre en place une structure organisationnelle pour les programmes de prévention des chutes, etc.
- Support financier (ex.: remboursement par les assurances ou autres modalités)

Figure 1. Barrières et facteurs favorables à la prévention des chutes

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Tableau 5. Principales barrières et facteurs favorables à la prévention des chutes selon les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile répertoriées dans 10 articles publiés entre 2008 et 2024

Barrières	Facteurs favorables
A) Barrières reliées à la personne âgée : • **Manque de motivation** [59-68] : le manque de motivation est le premier facteur rapporté dans les différentes études pour l'adoption de programme et le maintien dans le temps. • **Manque de connaissances sur les chutes** [59, 61, 67]: certaines personnes aînées pensent que les chutes surviennent seulement chez les personnes très âgées et fragiles. Pour certaines personnes aînées, la prévention des chutes consiste à réduire les risques à domicile, à utiliser des aides à la mobilité et à limiter leurs activités. Certaines ignorent les divers facteurs de risque et les conséquences des chutes ainsi que les interventions de prévention. • **Chutes perçues comme inévitables et impossibles à prévenir** car elles sont surtout accidentelles (facteurs extrinsèques) et une conséquence normale du vieillissement [59, 61, 65, 67] ; • **Ne se sent pas à risque de chute** [59, 61, 65, 67] : certaines personnes qui n'ont jamais fait de chute ne croient pas sont qu'elles sont à risque. Les hommes plus âgés, en particulier, se considéraient comme responsables et capables de gérer leur risque de chute lorsqu'ils choisissent de faire quelque chose de potentiellement dangereux, comme monter sur une échelle [61]; • **Considère que les chutes sont un problème moins important** que les autres problèmes de santé [61]. Ils ne consultent pas un médecin parce qu'ils estiment que leur chute n'était pas suffisamment grave et/ou ne voulaient pas faire perdre de temps à leur médecin [61]. Ils ne parlent pas de leur chute à leurs proches pour ne pas les déranger ou les inquiéter [59, 61]. • **Stigmatisation associée aux chutes** [59, 67] : certaines personnes à risque de chute craignent d'être contraintes à une situation où ils pourraient perdre leur indépendance, comme le placement dans une résidence ou en soins de longue durée. • **Un âge plus avancé** [59]: chaque tranche d'âge supplémentaire de dix ans réduisait la confiance des	**A) Facteurs favorables reliés à la personne âgée :** • **Connaissances des conséquences des chutes et des différentes interventions visant à les prévenir** (messages réalistes et crédibles) [61, 65, 68]. • **Adopter une perspective « parcours de vie » sur les chutes** et éviter les mots confrontant ou alarmistes. Utiliser l'humour. Informer sur les avantages » (par exemple, **« vivre de manière autonome plus longtemps » ou « pour rester en santé plus longtemps »)** [61, 64, 68] au lieu du message suivant : « Si vous êtes plus actif, vous aurez moins de risques de tomber et moins peur de tomber ») qui pourrait avoir des connotations négatives pour certaines personnes [64]; • **Pertinence et bénéfices perçus des programmes de prévention** [59, 61, 65] : améliorer leur force et leur équilibre, de prévenir de nouvelles chutes, de conserver leur indépendance, de poursuivre leurs loisirs et leurs activités quotidiennes; • **Socialisation avec les autres lors de la participation au programme de prévention** [59, 61, 65] : le fait d'acquérir un sentiment d'appartenance et de nouer des amitiés encouragent certaines personnes à participer; • **Support des proches** [65, 68]: adapter l'environnement physique pour réduire les risques de chutes; être accompagné de son conjoint ou d'un ami; • **Support des pairs et de la communauté [61, 68]:** intégrer les programmes de prévention dans le cadre d'activités récréationnelles ou communautaires; • **Support financier** [65]: remboursement par les assurances ou autres modalités pour que ce soit gratuit ou à moindre coût. • **Avoir chuté antérieurement [59]:** le fait d'avoir fait une chute peut influencer la compréhension du risque et entraîner la modification des comportements. Certaines personnes aînées ayant fait une chute ont attribué celle-ci à une action, une condition ou un facteur spécifique qui, selon elles, les a rendues plus conscientes de ce risque à l'avenir;

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Barrières	Facteurs favorables
personnes aînées dans leur capacité à gérer elles-mêmes les chutes. • **Manque de forme physique ou mauvais état de santé ou mobilité réduite** [59, 62, 67]: réduit la confiance qu'ils ont la capacité de participer (exemple : fragilité, douleurs arthritiques, etc.) et de se déplacer; • **Gêne ou inconfort** à faire des exercices physiques en groupe [67] • **Peur des blessures** [59, 67] lors des programmes d'exercices physique de prévention ou reliés à des facteurs environnementaux tels que les trottoirs verglacés (lors des déplacements pour se rendre au lieu du programme ou dans le cas des exercices en plein air); • **Problèmes de communication** [62] : ne peut pas lire ou comprendre les informations dû à la langue, à une faible littératie ou faible niveau d'éducation, ce qui nuit à la compréhension des informations liées à la terminologie utilisée; • **Capacité financière limitée** [59, 67] : même si le programme lui-même est gratuit, il y a des frais de déplacement et de transport. **B) Barrières reliées à la disponibilité et aux caractéristiques des programmes de prévention en présentiel ou à distance** • **Manque de disponibilité/accessibilité ou la méconnaissance de l'existence des programmes** de prévention dans la communauté [67] • **Interventions non adaptées** [59, 60, 62, 66, 67]: aux préférences, aux besoins et capacités des personnes aînées; durée excessive du programme (après 1 an, environ 50 % arrête de participer); progression limitée; • **Spécifiquement reliés aux programmes entièrement ou majoritairement à distance** [63]: Difficulté à apprendre à utiliser la technologie/Mauvaise ergonomie de la technologie; ne pas percevoir la technologie comme pertinente/utile; l'acquisition de la technologie/la connexion Internet est considérée comme trop coûteuse; ne pas aimer l'esthétique ou le manque de confort associé à la technologie; manque d'informations fournies aux participants ou informations peu claires; certaines fonctionnalités spécifiques de la technologie ne sont pas appréciées par les utilisateurs; problèmes techniques	• **Un âge plus avancé** [59]: les personnes plus âgées veulent davantage améliorer leurs connaissances des facteurs de risque et comportements de prévention pour prévenir les chutes. **B) Facteurs favorables reliés à la disponibilité et aux caractéristiques des programmes de prévention** • **Offrir des programmes qui peuvent être adaptés** aux préférences, aux capacités et aux besoins individuels; qui s'intègrent dans la routine quotidienne de la personne aînée [60, 66, 68]; • **Tenir compte des aspects pratiques pour permettre la participation** à un programme de prévention (par exemple, accessibilité, emplacement, coûts, horaires) [61, 68]; • **Avoir accès à du matériel éducatif** [65] : dans différentes langues, langage simple, en version papier ou capsules vidéo ou sous forme de quiz (êtes-vous à risque de chute?): dans les journaux, magazines, dans les salles d'attente des cliniques médicales et pharmacies, annonces à la télévision, sur internet; • **Avoir des outils de rappel** [65]: ex. pour se rappeler d'effectuer quotidiennement des exercices physiques de prévention des chutes; • **Spécifiquement reliés aux programmes entièrement ou majoritairement à distance** [60, 63, 66]: avoir accès à internet, avoir accès aux outils numériques (ex. : tablettes); facilité et flexibilité d'utilisation, expérience agréable avec la technologie; recevoir une formation sur l'utilisation de la technologie avant l'intervention; avoir un support durant l'utilisation; pas de distance/pas besoin de se déplacer; réaliser le programme dans son environnement familial; portabilité de la technologie/possibilité de l'utiliser n'importe où. Avoir de l'expérience avec des technologies, être une femme et être plus jeune ont une influence positive sur l'utilisation des technologies. **C) Facteurs favorables reliés aux professionnels de la santé** • **Support des professionnels de la santé, particulièrement les médecins et pharmaciens [61, 65]** : approche personnalisée et choix des interventions de prévention en partenariat avec la personne. Offrir une brochure en complément de la discussion. Les personnes aînées font davantage confiance aux informations fournies par leurs

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Barrières	Facteurs favorables
intrinsèques à la technologie; problèmes de connectivité; ne pas avoir accès à la technologie nécessaire à l'intervention; état de santé (handicaps physiques, sensoriels ou cognitifs); Sentiment d'isolement social/manque de soutien; dépendance vis-à-vis d'un professionnel de santé inconnu; crainte que la technologie ne remplace le contact humain; sentiment que la technologie pourrait être invasive; manque de temps pour participer à l'intervention/impression que l'intervention n'est pas suffisamment flexible pour s'adapter à son emploi du temps; difficulté à réaliser l'intervention dans son environnement domestique; manque de confiance en ses capacités face à la technologie. **C) Barrières reliées aux professionnels de la santé :** • **Manque d'informations sur les chutes fournies aux personnes aînées par les médecins et professionnels de la santé consultés** [65] : professionnels de la santé surchargés et qui ne connaissent pas bien les facteurs de risque de chutes et comment les prévenir [61, 62]. **D) Barrières reliées aux organisations :** • **Manque de soutien institutionnel/organisationnel [62]:** absence de cibles pour la mise en œuvre active et la pérennité des programmes de prévention des chutes; manque d'équipements nécessaires pour participer aux programmes de prévention des chutes.	prestataires de soins de santé qu'à celles provenant d'autres sources. À ce titre, les cliniciens sont bien placés pour exercer une influence forte et positive sur leurs patients âgés, leur fournir les informations nécessaires et les inciter à prendre des mesures pour prévenir les chutes [59]; **D) Facteurs favorables reliés aux organisations :** • **Soutien institutionnel et organisationnel [62]:** Financer et mettre en place une structure organisationnelle pour les programmes de prévention des chutes; Offrir des incitations financières ou autres au professionnels de la santé qui sensibilisent les personnes aînées à la prévention des chutes; Mettre des aides techniques à la disposition des personnes aînées; fournir des aides à la communication (par exemple, traducteurs, panneaux indicateurs, aides visuelles, brochures) pour faciliter la compréhension lors des consultations avec les personnes aînées au sujet des chutes et des moyens de les prévenir. • **Support financier** [65]: remboursement par les assurances ou autres modalités pour que ce soit gratuit ou à moindre coût.

Par ailleurs, Vincenzo et coll. [65] propose un modèle qui résume les facteurs qui influencent l'engagement des personnes aînées dans les interventions de prévention des chutes à l'aide des concepts du *Health Belief Model* (Modèle de croyance en matière de santé) :

- Les facteurs non modifiables : âge, sexe, ethnicité, éducation, personnalité
- Les facteurs modifiables : connaissance des facteurs de risque de chute et des stratégies de prévention, connaissance des interventions et ressources disponibles, accessibilité aux interventions de prévention, habitudes d'activité physique
- Les perceptions individuelles : 1) perception du risque de chute, 2) perception de la gravité en cas de chute, 3) conviction que la prévention des chutes est efficace pour réduire les chutes, 4) sentiment d'auto-efficacité pour adopter des comportements de prévention des chutes, 5) perception de la capacité à prévenir les chutes.
- La balance entre les barrières et les facteurs facilitant quant aux bénéfices perçus
- Le soutien à l'action (soutien des proches, des pairs, des professionnels de la santé; soutien financier, programmes adaptés, accessibles, etc.).

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Principaux constats du sous-comité

La revue des écrits sur les circonstances et les profils de chuteurs chez les personnes aînées vivant à domicile a permis au sous-comité de dégager les constats suivants :

1) **Les données sur les circonstances des chutes ainsi que le recours à des soins et services à la suite d'une chute par les personnes aînées vivant à domicile doivent être mieux documentées, par région et dans l'ensemble du Québec.**

   Selon le rapport de l'INSPQ publié en 2019 [10], les circonstances des chutes ayant mené à une hospitalisation dans la population âgée de 65 ans et plus sont non précisées dans environ la moitié des cas. Par ailleurs, s'il n'y a pas de blessure ou que les blessures sont plutôt légères à la suite de la chute, une grande proportion de personnes aînées vivant à domicile ne consulte pas leur médecin ou les services de première ligne en lien avec cette chute. Certaines d'entre elles peuvent toutefois consulter d'autres intervenants dans la communauté, tels que les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les pharmaciens, les ostéopathes, etc. Une collecte de données sur les démarches entreprises par les personnes aînées à la suite d'une chute, ainsi que sur les facteurs qui motivent le choix du professionnel consulté, permettrait de mieux planifier et coordonner les actions intersectorielles de prévention des chutes.

2) **Les données de surveillance des chutes colligées au Québec ne sont pas harmonisées avec celles colligées dans les autres provinces du Canada.**

   Les données de surveillance des chutes à l'échelle de la province ne sont pas harmonisées avec celles colligées dans les autres provinces du Canada, ce qui limite la possibilité de se comparer sur l'efficacité des stratégies de prévention des chutes mises en place au Québec par rapport aux stratégies déployées à l'échelle canadienne ou internationale (ex. : le Plan antichute 2022-2024 en France dont l'objectif national était de réduire de 20 % les chutes mortelles et invalidantes des personnes aînées sur une période de 3 ans).

3) **Il y a un continuum de 5 profils de chuteurs chez les personnes aînées vivant à domicile en fonction principalement du sexe, de l'augmentation en âge, des conditions de santé, des capacités fonctionnelles, du niveau d'activité physique, des conditions de vie (vivre seul), ainsi que des activités réalisées à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile** :
   - Profil 1 : Personne active et en santé
   - Profil 2 : Personne commençant à ressentir de l'instabilité en lien avec l'équilibre
   - Profil 3 : Personne avec un risque modéré de chute
   - Profil 4 : Personne avec un risque élevé de chute
   - Profil 5 : Personne avec un risque très élevé de chute

   Les programmes de santé publique disponibles actuellement au Québec (PIED, Viactive, Vivre en équilibre) sont incomplets et offerts de façon variable selon les régions. Ces programmes couvrent en partie seulement les profils 1, 2 et 3. Des programmes adaptés aux 5 profils de chuteurs ont été identifiés dans la littérature (cf. rapport du volet 1 a), par exemple, des programmes adaptés pour les personnes actives de 50 ans et plus (profil 1) qui tombent plus souvent lors d'activités à l'extérieur. Pour soutenir l'amélioration des pratiques en prévention des chutes et des programmes offerts en contexte québécois, la thématique de

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

prévention des chutes chez les personnes aînées de 50 ans et plus pourrait être priorisée par les organismes subventionnaires afin de poursuivre la recherche dans ce domaine en collaboration avec les établissements de santé et services sociaux, notamment afin de réaliser des études de l'efficacité des programmes et des études sur les facteurs contribuant au succès de leur implantation.

4) **Les barrières et les facteurs favorables à la prévention des chutes selon les personnes aînées vivant à domicile sont reliées à la personne aînée elle-même, à la disponibilité et aux caractéristiques des programmes de prévention, au soutien des professionnels de la santé ainsi qu'au soutien institutionnel/organisationnel.**

   Parmi les principales barrières à la prévention des chutes**,** certaines personnes aînées disent percevoir les chutes comme un problème moins important que les autres problèmes de santé, que les chutes sont inévitables et impossibles à prévenir, qu'elles surviennent surtout chez les personnes âgées et très fragiles. De plus, certaines personnes aînées considèrent qu'elles n'ont pas les capacités pour participer à des programmes de prévention des chutes ou sont peu motivées à y participer.

   Par ailleurs, les personnes aînées mentionnent que le soutien des professionnels de la santé, de leurs proches, de leurs pairs et de la communauté sont des facteurs favorables pour maintenir leur motivation à adopter et maintenir les habitudes de vie et comportements recommandés dans les programmes de prévention des chutes. Il serait également bénéfique que la promotion des programmes de prévention des chutes mette surtout l'accent sur le bien-être, le maintien de l'autonomie et la participation sociale, plutôt que sur les conséquences négatives des chutes.

Propositions

Basés sur les constats mentionnés précédemment, le sous-comité formule deux propositions à l'intention du MSSS et de Santé Québec:

1) **Implanter à l'échelle provinciale un éventail de programmes en prévention des chutes correspondant aux 5 principaux de profils de chuteurs et tenant compte aux préférences des personnes aînées de 50 ans et plus.**

Les responsables du sous-comité vont rencontrer le MSSS afin de demander le développement d'une politique nationale et d'un plan d'action sur la prévention des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile (ex. : à l'instar du Plan antichute de la France).

Les responsables du sous-comité vont rencontrer la Direction générale santé et bien-être des aînés de Santé Québec afin que les établissements mettent en place les recommandations en prévention des chutes chez les personnes aînées vivant à domicile dans le cadre de l'Approche intégrée de proximité pour les personnes aînées (AIPPA) en collaboration avec les directions régionales de santé publique. Nous recommandons d'inclure des ressources pour la coordination dans la planification régionale des activités de dépistage et de prévention des chutes ainsi qu'un nombre d'ETC proportionnel à la démographie des personnes de 50 ans et plus.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

2) **Améliorer la qualité des données québécoises sur les circonstances des chutes pour lesquelles les personnes aînées de 50 ans et plus qui vivent à domicile reçoivent des soins ou services de santé dans la communauté ou en milieu hospitalier.**

Afin de mesurer l'impact des trajectoires intersectorielles de prévention des chutes, les responsables du sous-comité vont proposer à la Direction générale santé et bien-être des aînés de Santé Québec de suivre, dans le tableau de bord de Santé Québec, des indicateurs reliés aux chutes dans les services de première ligne, les services d'Urgences Santé et les services hospitaliers.

Conclusion

La revue des écrits a permis de constater un écart entre les données probantes et les pratiques actuelles au Québec, desquelles émergent des propositions à mettre en place dès maintenant. La diffusion des rapports (volet 1 a et b) rend accessible les connaissances récentes en prévention des chutes auprès des instances concernées. Le sous-comité utilisera ces informations afin de réaliser le deuxième volet de son mandat, soit de schématiser et valider des trajectoires intersectorielles dans le contexte québécois qui répondront aux besoins des personnes aînées d'aujourd'hui en matière d'interventions préventives et de promotion de la santé afin d'éviter la première chute ou réduire les récidives.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Références

1. Commissaire à la santé et au bien-être: **Tableau 1. Répartition des personnes âgées de 65 ans et plus selon les établissements ou les installations d'hébergement et les milieux de vie ou le domicile au Québec en 2021-2022**. In: *Portrait des organisations d'hébergement et des milieux de vie au Québec*. Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec; 2023, https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/RapportPreliminaireMandat/RapportsAssocies/CSBE-Portrait_organisations_hebergement.pdf: 15.
2. Brousseau M-H, Gagné M, Sylvain-Morneau J, Perron P-A: **Mortalité attribuable aux chutes chez les personnes de 65 ans et plus au Québec de 2000 à 2021: rapport de surveillance**. Montréal (Québec, Canada): Institut national de santé publique du Québec; 2025, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3623-mortalite-chutes-65-ans-plus-qc-2000-2021.pdf.
3. World Health Organization: **Decade of healthy ageing: baseline report**. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2020, https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900.
4. St-Laurent M, Bégin C, Boudreault V, Gagné D, Parisien M, Trickey F: **La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile**. Québec (Québec, Canada): Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2019, https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-01W.pdf.
5. Gagné M, Blanchet C, Jean S, Hamel D: **Chutes et facteurs associés chez les aînés québécois vivant à domicile**. In. Québec (Québec, Canada): Institut national de santé publique du Québec; 2018, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2347_chutes_aines_quebecois_domicile.pdf: 19.
6. Fillion B, Picard B, Tessier F: **Portrait des chutes extérieures sur le territoire montréalais**. Montréal (Québec, Canada): Direction régionale de la santé publique de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2023, https://santepubliquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/DRSP_Pub_2023_PortraitChuteExtMTL.pdf.
7. Agence de la santé publique du Canada: **Chutes chez les aînés au Canada. Deuxième rapport**; 2014, https://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP25-1-2014-fra.pdf.
8. Agence de la santé publique du Canada: **Rapport de surveillance sur les chutes chez les aînés au Canada**; 2022, https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/reserch/surveillance/senior-falls-%20in-Canada-fr-07.pdf.
9. Institut national de santé publique du Québec: **Chutes chez les personnes aînées**: Institut national de santé publique du Québec; 2022, https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/dossiers/chutes-chez-les-aines.
10. Gagné M, Jean S, Beaudoin C, Gamache P, Bureau d'information et d'études en santé des p, Institut national de santé publique du Q, Sirois M-J: **Évolution des hospitalisations attribuables aux chutes dans la population âgée de 65 ans et plus au Québec, de 1991 à 2016**. In. Québec (Québec, Canada): Institut national de santé publique du Québec; 2019, http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550853640.pdf.
11. Fillion B, Picard B, Tessier F: **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**. Montréal (Québec, Canada): Direction régionale de la santé publique de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2025, https://santepubliquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/DRSP_Pub_06092025_PortraitChutesInterieures.pdf.
12. Camirand H, Conus F, Davison A, Dupont K, Gonzalez-Sicilia D, Joubert K, Niyibizi J: **Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021**. Montréal (Québec, Canada): Institut de la statistique du Québec, Direction des enquêtes de santé; 2023, https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

13. Bailly S, Haesebaert J, Decullier E, Dargent-Molina P, Annweiler C, Beauchet O, Schott A-M, Rabilloud M: **Mortality and profiles of community-dwelling fallers. Results from the EPIDOS cohort**. *Maturitas* 2014, **79**(3):334-339.
14. Ek S, Rizzuto D, Fratiglioni L, Johnell K, Xu W, Welmer A-K: **Risk Profiles for Injurious Falls in People Over 60: A Population-Based Cohort Study**. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2018, **73**(2):233-239.
15. Torres MJ, Pedrono G, Rigou A, Carcaillon-Bentata L, Beltzer N: **Identifying profiles of people aged 65 and over who fall at home and associated falling-induced injuries: The French ChuPADom study**. *Injury* 2022, **53**(7):2511-2518.
16. Torres M, Pedrono G, Lasbeur L, Carcaillon-Bentata L, Rigou A, Beltzer N: **Chutes des personnes âgées à domicile: caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chutes - volet hospitalisation de l'enquête ChuPADom, 2018**. Saint-Maurice (France): Santé publique France, Direction de la communication; 2020, https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/documents/enquetes-etudes/chutes-des-personnes-agees-a-domicile.-caracteristiques-des-chuteurs-et-des-circonstances-de-la-chute.-volet-hospitalisation-de-l-enquete-chupadom.
17. Bleijlevens MH, Diederiks JP, Hendriks MR, van Haastregt JC, Crebolder HF, van Eijk JT: **Relationship between location and activity in injurious falls: an exploratory study**. *BMC Geriatr* 2010, **10**:40.
18. Cleworth TW, Perlman C, Killingbeck J, Laing AC: **Retrospective Analysis of Circumstances of Falls and Related Injuries across Levels of Care in Older Adult Retirement Home Facilities**. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement* 2024:1-7.
19. Fall Prevention Committee: **Integrated Fall Prevention Clinical Practice Model**. York (Ontario, Canada): Public Health of York; 2024, https://www.york.ca/media/118586/download.
20. Cai Y, Leveille SG, Andreeva O, Shi L, Chen P, You T: **Characterizing Fall Circumstances in Community-Dwelling Older Adults: A Mixed Methods Approach**. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2023, **78**(9):1683-1691.
21. Cai Y, Leveille SG, Shi L, Chen P, You T: **Chronic pain and circumstances of falls in community-living older adults: an exploratory study**. *Age & Ageing* 2022, **51**(1):1-6.
22. Kelsey JL, Berry SD, Procter-Gray E, Quach L, Nguyen U, Li WJ, Kiel DP, Lipsitz LA, Hannan MT: **Indoor and Outdoor Falls in Older Adults Are Different: The Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly of Boston Study**. *JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY* 2010, **58**(11):2135-2141.
23. Tchalla AE, Dufour AB, Travison TG, Habtemariam D, Iloputaife I, Manor B, Lipsitz LA: **Patterns, predictors, and outcomes of falls trajectories in older adults: the MOBILIZE Boston Study with 5 years of follow-up**. *PLoS One* 2014, **9**(9):e106363.
24. Duckham RL, Procter-Gray E, Hannan MT, Leveille SG, Lipsitz LA, Li W: **Sex differences in circumstances and consequences of outdoor and indoor falls in older adults in the MOBILIZE Boston cohort study**. *BMC Geriatr* 2013, **13**:133.
25. Cai Y: **Chronic pain and risk of injurious falls and circumstances of falls in community-dwelling older adults: A prospective cohort study**. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2020, **81**(7-A):No-Specified.
26. Bergland A, Wyller TB: **Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home**. *INJURY PREVENTION* 2004, **10**(5):308-313.
27. Crenshaw JR, Bernhardt KA, Achenbach SJ, Atkinson EJ, Khosla S, Kaufman KR, Amin S: **The circumstances, orientations, and impact locations of falls in community-dwelling older women**. *Archives of gerontology and geriatrics* 2017, **73**:240-247.
28. Nachreiner NM, Findorff MJ, Wyman JF, McCarthy TC: **Circumstances and consequences of falls in community-dwelling older women**. *JOURNAL OF WOMENS HEALTH* 2007, **16**(10):1437-1446.
29. Phelan EA, Rillamas-Sun E, Johnson L, LaMonte MJ, Buchner DM, LaCroix AZ, Anderson GL: **Determinants, circumstances and consequences of injurious falls among older women living in the community**. *Inj Prev* 2021, **27**(1):34-41.
30. Sanders KM, Lim K, Stuart AL, Macleod A, Scott D, Nicholson GC, Busija L: **Diversity in fall characteristics hampers effective prevention: the precipitants, the environment, the fall and the injury**. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation*

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA 2017, **28**(10):3005-3015.
31. Wang M, Wu F, Callisaya ML, Jones G, Winzenberg T: **Incidence and circumstances of falls among middle-aged women: a cohort study**. *Osteoporos Int* 2021, **32**(3):505-513.
32. Gill TM, Williams CS, Tinetti ME: **Environmental hazards and the risk of nonsyncopal falls in the homes of community-living older persons**. *MEDICAL CARE* 2000, **38**(12):1174-1183.
33. Lehtola S, Koistinen P, Luukinen H: **Falls and injurious falls late in home-dwelling life**. *ARCHIVES OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS* 2006, **42**(2):217-224.
34. Gratza SK, Chocano-Bedoya PO, Orav EJ, Fischbacher M, Freystatter G, Theiler R, Egli A, Kressig RW, Kanis JA, Bischoff-Ferrari HA: **Influence of fall environment and fall direction on risk of injury among pre-frail and frail adults**. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA* 2019, **30**(11):2205-2215.
35. Tuvemo Johnson S, Anens E, Johansson AC, Hellstrom K: **What Predicts Falls, and what are the Circumstances and Consequences of Falls in Community-Dwelling Older Adults Who Need Walking Aids or Home Help Service**. *Gerontology and Geriatric Medicine* 2022, **8**.
36. Stevens JA, Mahoney JE, Ehrenreich H: **Circumstances and outcomes of falls among high risk community-dwelling older adults**. *Injury epidemiology* 2014, **1**(1):5.
37. Freiberger E, Menz HB: **Characteristics of falls in physically active community-dwelling older people: findings from the "Standfest im Alter" study**. *Z Gerontol Geriatr* 2006, **39**(4):261-267.
38. Wurzer B, Waters DL, Hale LA: **Fall-Related Injuries in a Cohort of Community-Dwelling Older Adults Attending Peer-Led Fall Prevention Exercise Classes**. *Journal of geriatric physical therapy (2001)* 2016, **39**(3):110-116.
39. Wijhuizen GJ, de Jong R, Hopman-Rock M: **Older persons afraid of falling reduce physical activity to prevent outdoor falls**. *PREVENTIVE MEDICINE* 2007, **44**(3):260-264.
40. Kihara Y, Yamaguchi R, Makino K, Shimizu K, Ito K, Furuna T: **Relationship between the occurrence of falls by season and physical functions of community-dwelling old-old people living in cold, snowy areas**. *Geriatrics & gerontology international* 2019, **19**(2):124-129.
41. Adams CM, Tancredi DJ, Bell JF, Catz SL, Romano PS: **Risk of Home Falls Among Older Adults After Acute Care Hospitalization: A Cohort Study**. *Journal of Trauma Nursing* 2024, **31**(6):281-289.
42. Chippendale T: **Predicting Use of Outdoor Fall Prevention Strategies: Considerations for Prevention Practices**. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society* 2019, **38**(6):775-790.
43. Chippendale T, Lee CD: **Characteristics and fall experiences of older adults with and without fear of falling outdoors**. *Aging & mental health* 2018, **22**(6):849-855.
44. Chippendale T, Raveis V: **Knowledge, behavioral practices, and experiences of outdoor fallers: Implications for prevention programs**. *Archives of gerontology and geriatrics* 2017, **72**:19-24.
45. Choi NG, Choi BY, DiNitto DM, Marti CN, Kunik ME: **Fall-related emergency department visits and hospitalizations among community-dwelling older adults: examination of health problems and injury characteristics**. *BMC geriatrics* 2019, **19**(1):303.
46. Elliott S, Painter J, Hudson S: **Living Alone and Fall Risk Factors in Community-Dwelling Middle Age and Older Adults**. *JOURNAL OF COMMUNITY HEALTH* 2009, **34**(4):301-310.
47. Kakara RS, Moreland BL, Haddad YK, Shakya I, Bergen G: **Seasonal variation in fall-related emergency department visits by location of fall - United States, 2015**. *J Safety Res* 2021, **79**:38-44.
48. Kim D, Ahrentzen S: **Environmental and Behavioral Circumstances and Consequences of Falls in a Senior Living Development**. *Journal of Housing for the Elderly* 2017, **31**(3):286-301.
49. Lee S: **Falls associated with indoor and outdoor environmental hazards among community-dwelling older adults between men and women**. *BMC geriatrics* 2021, **21**(1):547.
50. Li WJ, Keegan THM, Sternfeld B, Sidney S, Quesenberry CP, Kelsey JL: **Outdoor falls among middle-aged and older adults: A neglected public health problem**. *AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH* 2006, **96**(7):1192-1200.
51. Nicklett EJ, Lohman MC, Smith ML: **Neighborhood Environment and Falls among Community-Dwelling Older Adults**. *Int J Environ Res Public Health* 2017, **14**(2).

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

52. Timsina LR, Willetts JL, Brennan MJ, Marucci-Wellman H, Lombardi DA, Courtney TK, Verma SK: **Circumstances of fall-related injuries by age and gender among community-dwelling adults in the United States**. *PloS one* 2017, **12**(5):e0176561.
53. Yamada M, Terao Y, Kojima I, Tanaka S, Saegusa H, Nanbu M, Soma S, Matsumoto H, Saito M, Okawa K *et al*: **Characteristics of falls in Japanese community-dwelling older adults**. *Geriatrics & gerontology international* 2024, **24**(11):1181-1188.
54. Mendes da Costa E, Levêque A, Bantuelle M, Van Bastelaer MC: **Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile à Fontaine l'Evêque, Belgique**. Charleroi (Belgique): Éduca Santé; 2008, https://www.educasante.org/wp-content/uploads/2018/03/rapport-chutes-fontaine1.pdf.
55. Milat AJ, Watson WL, Monger C, Barr M, Giffin M, Reid M: **Prevalence, circumstances and consequences of falls among community-dwelling older people: results of the 2009 NSW Falls Prevention Baseline Survey**. *N S W Public Health Bull* 2011, **22**(3-4):43-48.
56. Moles Julio MP, Lavedan Santamaria A, Botigue Satorra T, Masot Arino O, Esteve Clavero A, Macia Soler ML: **Characteristics and Circumstances of Falls in the Community-Dwelling Older Adult Population**. *Journal of primary care & community health* 2020, **11**:2150132720940508.
57. Bonnal L, Gámez GB, Favard P, Oros C: **Who gets injured at home? Evidence from older people in France**. *BULLETIN OF ECONOMIC RESEARCH* 2023, **75**(2):450-475.
58. Kuspinar A, Hirdes JP, Berg K, McArthur C, Morris JN: **Development and validation of an algorithm to assess risk of first-time falling among home care clients**. *BMC geriatrics* 2019, **19**(1):264.
59. Alfaro Hudak KM, Adibah N, Cutroneo E, Liotta M, Sanghera A, Weeks-Gariepy T, Strunz E, Rein DB: **Older adults' knowledge and perception of fall risk and prevention: a scoping review**. *Age Ageing* 2023, **52**(11).
60. Ashe MC, Dos Santos IK, Erome J, Grant J, Mollins J, Soh SE: **Systematic review of adherence to technology-based falls prevention programs for community-dwelling older adults: Reimagining future interventions**. *PLOS Digit Health* 2024, **3**(9):e0000579.
61. Stevens JA, Sleet DA, Rubenstein LZ: **The Influence of Older Adults' Beliefs and Attitudes on Adopting Fall Prevention Behaviors**. *Am J Lifestyle Med* 2018, **12**(4):324-330.
62. Tzeng HM, Okpalauwaekwe U, Lyons EJ: **Barriers and Facilitators to Older Adults Participating in Fall-Prevention Strategies After Transitioning Home from Acute Hospitalization: A Scoping Review**. *Clinical Interventions in Aging* 2020, **15**:971-989.
63. Turcotte S, Bouchard C, Rousseau J, DeBroux Leduc R, Bier N, Kairy D, Dang-Vu TT, Sarimanukoglu K, Dube F, Bourgeois Racine C *et al*: **Factors influencing older adults' participation in telehealth interventions for primary prevention and health promotion: A rapid review**. *Australas J Ageing* 2024, **43**(1):11-30.
64. Hughes K, van Beurden E, Eakin EG, Barnett LM, Patterson E, Backhouse J, Jones S, Hauser D, Beard JR, Newman B: **Older persons' perception of risk of falling: implications for fall-prevention campaigns**. *Am J Public Health* 2008, **98**(2):351-357.
65. Vincenzo JL, Patton SK, Lefler LL, McElfish PA, Wei J, Curran GM: **A qualitative study of older adults' facilitators, barriers, and cues to action to engage in falls prevention using health belief model constructs**. *Arch Gerontol Geriatr* 2022, **99**:104610.
66. Costa-Menen MA, Gimeno-Pi I, Martin-Servet G, Garcia-Martinez E, Porte-Llotge M, Blanco-Blanco J: **Facilitators and barriers in the implementation of a fall prevention program based on physical activity for elderly people living in the community: A qualitative study**. *Public Health Nurs* 2024, **41**(6):1425-1435.
67. Fernandes JB, Fernandes SB, Almeida AS, Vareta DA, Miller CA: **Older Adults' Perceived Barriers to Participation in a Falls Prevention Strategy**. *J Pers Med* 2021, **11**(6).
68. van Scherpenseel M, van Veenendaal L, Donne L, Te Velde S, Ronteltap A: **Engaging community-dwelling older adults in fall prevention programs: a qualitative study on strategies promoting participation in fall prevention programs among community-dwelling older adults**. *Front Public Health* 2023, **11**:1150659.
69. Tuvemo Johnson S, Anens E, Johansson AC, Hellstrom K: **The Otago Exercise Program With or Without Motivational Interviewing for Community-Dwelling Older Adults: A 12-Month Follow-Up of a Randomized, Controlled Trial**. *J Appl Gerontol* 2021, **40**(3):289-299.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexes

Annexe 1. Cinq profils de chuteurs déterminés auprès de personnes de 65 ans et plus et hospitalisées après une chute avec blessure au domicile dans 7 hôpitaux de diverses villes en France

Étude rétrospective de Torres 2022, France [15, 16]
Caractéristiques des participants (n= 1467) :

- Personnes de 65 ans et plus et **hospitalisées après une chute au domicile**
- Hommes: 30,8 %; Femmes: 69,2 %
- Milieu de vie: domicile privé 65,6% ; appartement : 21,1%, résidence pour personnes aînées ou de soins de longue durée (EHPAD): 13,3%
- Critères d'inclusion : 65 ans et plus; avoir chuté accidentellement à domicile (lieu de vie principal ou secondaire, incluant les parties extérieures); être hospitalisé(e) après un passage ou non par le service des urgences d'un des 7 hôpitaux participants durant la période de l'étude; présenter une lésion causée par la chute
- Critères d'exclusion : personnes transférées dans un autre hôpital que celui de leur prise en charge initiale aux urgences, personnes en incapacité de répondre au questionnaire (troubles cognitifs importants, non francophone, surdité) et sans proches ou tiers de confiance.
- Données sur les chutes intérieures et extérieures: questionnaire papier administré auprès de la personne aînée au cours d'un entretien en face à face à l'hôpital
- Limites de l'étude : Seulement un groupe de personnes dont la chute avec blessures qui ont entraîné une hospitalisation. Il est donc probable que les blessures après une chute, telles que représentées dans l'échantillon, soient plus graves que les blessures après une chute dans une population plus générale de personnes aînées. Données rapportées par les personnes donc risque d'un biais de mémoire, en particulier chez les plus âgés.

Profil 1 (5,7 % ; n= 83)	Profil 2 (4,6 % ; n = 67)	Profil 3 (32,4 % ; n= 476)	Profil 4 (54,0 % ; n= 792)	Profil 5 (4,6% ; n= 49)
Principalement des hommes, personnes aînées plus jeunes, autonomes, chutant de grande hauteur dans des pièces annexes de la maison voir les parties extérieures, en ayant pris des risques	Personnes aînées plus jeunes, présentant des problèmes de santé spécifiques et vivant dans des logements qui n'étaient pas toujours adaptés, ayant chuté dans un escalier	Personnes autonomes, se percevant en bonne santé et chutant lors d'une perte d'équilibre ou de leur hauteur	Principalement des femmes, âgées, se percevant en mauvaise santé, dépendantes pour réaliser les activités de la vie quotidienne, chutant lors d'activité à faible intensité	Des personnes très âgées, limitées dans les activités de la vie quotidienne, ayant un déficit visuel, dont les informations déclarées sont souvent incomplètes. 30,6 % vit en EHPAD ou résidence autonomie.
Caractéristiques biopsychosociales : • Âge moyen = 79,3 ans • Femmes : 37,3 %; Hommes : 62,7% • Haut niveau d'éducation : 25,3 % • Autonomes AVQ : 83,1 % • Troubles de mobilité : 54,2 % • Se perçoit en très bonne ou excellente santé : 22,9 % • Pratique une activité physique : 75,9 %	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Âge moyen = 79,6 ans • Femmes : 71,6% Hommes : 28,4 % • Haut niveau d'éducation : 29,9 % • Autonomes AVQ : 61,2 % • Troubles de mobilité : 71,6 % • Se perçoit en très bonne ou excellente santé : 10,4 % • Pratique une activité physique : 64,2 %	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Âge moyen = 81,6 ans • Femmes : 66,2%; Hommes : 33,8 % • Haut niveau d'éducation : 19,5 % • Autonomes AVQ : 79,0 % • Troubles de mobilité : 68,1 % • Se perçoit en très bonne ou excellente santé : 17,8 % • Pratique une activité physique : 74,4 %	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Âge moyen = 87,0 ans • Femmes : 74,5 %; Hommes : 25,5 % • Haut niveau d'éducation : 13,8 % • Autonomes AVQ : 12,5 % • Troubles de mobilité : 96,2 % • Se perçoit en très bonne ou excellente santé : 5,1 % • Pratique une activité physique : 37,4 %	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Âge moyen = 88,1 ans • Femmes : 63,3 %; Hommes : 36,7 % • Haut niveau d'éducation : 22,5 % • Autonomes AVQ : 10,2 % • Troubles de mobilité : 75,5 % • Se perçoit en très bonne ou excellente santé : 4,1 % • Pratique une activité physique : 26,5 %

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

• Consommateur d'alcool au quotidien : 36,1 % • Antécédent de chute dans les 12 derniers mois : 29 % - plus d'une chute : 14,5 %	• Consommateur d'alcool au quotidien : 14,9 % • Antécédent de chute dans les 12 derniers mois : 41,8 % - plus d'une chute :17,9 %	• Consommateur d'alcool au quotidien : 26,5 % • Antécédent de chute dans les 12 derniers mois : 40,3 % - plus d'une chute : 23,1 %	• Consommateur d'alcool au quotidien : 22,0 % • Antécédent de chute dans les 12 derniers mois : 62,1 % - plus d'une chute : 40,3 %	• Consommateur d'alcool au quotidien : 16,3 % • Antécédent de chute dans les 12 derniers mois : 67,4 % - plus d'une chute : 44,9 %
Circonstances des chutes : • Lieux : 61,5 % où la chute est survenue dans: un garage, une cave, un grenier ou une « autre pièce »; 27,7 % sont tombées sur une terrasse, un balcon ou un autre espace extérieur au domicile. • Activités au moment de la chute: 83,1 % faisaient une activité à intensité modérée à élevée principalement des travaux/réparations et travaux domestiques. • Prise de risque: 34,9 % • Cause : 49,4 % a chuté de sa hauteur	**Circonstances des chutes :** • Lieux : 98,5% dans les escaliers • Activités au moment de la chute: 73,2% faisaient une activité à intensité modéré à intense, principalement marcher • Prise de risque: 19,4 %	**Circonstances des chutes:** • Lieux: 30.5% sont tombées sur une terrasse, un balcon ou un autre espace extérieur au domicile • Activités au moment de la chute: 52,1 % faisaient une activité à intensité modérée à élevée, principalement marcher ou travaux domestiques • Prise de risque : 10,3 % • Cause : 34.2% a chuté lors d'une perte d'équilibre	**Circonstances des chutes :** • Lieux: 28,4 % chambre; 18,3 % salon • Activités au moment de la chute: 21,1 % faisaient une activité à faible intensité telle que le transfert (assis à debout par exemple) ou le repos; 18,3 % activités liées à la toilette • Prise de risque : 11,0 % • Cause : 45,1 % a chuté d'une faible hauteur	**Circonstances des chutes :** • Lieux: 16,3 % chambre; 12,3 % cuisine; 34,7 % non spécifié. • Activités au moment de la chute: 55,1 % non spécifié • Prise de risque : 6,1 % • Cause : 44,9 % n'a pas spécifié
Conséquences des chutes : • Traumas à la tête/commotion cérébrale : 13,3 % • Contusion/ecchymoses: 20,5 % • Plaies: 34,9 % • Fractures: 65,1 % • Rhabdomyolyse : 7,2 % • Syndrome post-chute : 0 %	**Conséquences des chutes :** - Traumas à la tête/commotion cérébrale : 17,9 % - Contusion/ecchymoses: 28,4 % - Plaies: 26,9 % - Fractures: 58,2 % - Rhabdomyolyse : 7,5 % - Syndrome post-chute : 1,5 %	**Conséquences des chutes :** • Traumas à la tête/commotion cérébrale : 17,2 % • Contusion/ecchymoses: 27,5 % • Plaies : 25,0 % • Fractures: 47,1 % • Rhabdomyolyse : 14,1 % • Syndrome post-chute : 3,6 %	**Conséquences des chutes :** • Traumas à la tête/commotion cérébrale : 14,0 % • Contusion/ecchymoses : 27,7 % • Plaies: 25,0 % • Fractures: 40,4 % • Rhabdomyolyse : 16,4 % • Syndrome post-chute : 5,8 %	**Conséquences des chutes :** • Traumas à la tête/commotion cérébrale : 26,5 % • Contusion/ecchymoses : 30,6 % • Plaies: 26,5 % • Fractures: 42,9 % • Rhabdomyolyse: 8,2 % • Syndrome post-chute : 2,0 %

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 2. Quatre profils de chuteurs déterminés auprès de personnes de 65 ans et plus ayant consulté l'urgence de l'hôpital universitaire de Maastricht (Pays-Bas) après une chute avec blessure

Étude rétrospective de Bleijlevens 2010, Pays-Bas [17]
Caractéristiques des participants (n= 333) :

- Personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté ayant consulté l'urgence après une chute avec blessure
- Hommes: 30,9 %; Femmes: 69,1 %
- Critères d'inclusion : 65 ans et plus; vivre à Maastricht (Pays-Bas) ou dans ses environs; avoir consulté l'urgence de l'hôpital universitaire de Maastricht suite à une chute.
- Critères d'exclusion : incapables de communiquer en néerlandais, incapables de répondre à des questionnaires ou à des entretiens par téléphone, souffrant de troubles cognitifs, admis dans un hôpital ou un autre établissement pendant plus de quatre semaines à compter de la date d'inclusion, alités en permanence ou entièrement dépendants d'un fauteuil roulant.
- Données sur les chutes intérieure et extérieures: questionnaire papier auto-administré auprès de la personne aînées lors du congé de l'hôpital
- Limites de l'étude : Seulement un groupe de personnes dont la chute avec blessures qui ont entraîné une visite à l'urgence. Il est donc probable que les blessures après une chute, telles que représentées dans l'échantillon, soient plus graves que les blessures après une chute dans une population plus générale de personnes aînées. Données auto-rapportées par les personnes donc risque d'un biais de mémoire.

Profil 4 (44,1 % ; n= 147) *	Profil 3 (11,4 % ; n= 38)	Profil 2 (34,8 % ; n = 116)	Profil 1 (9,6% ; n= 32)
Chutes extérieures, loin du domicile, survenant principalement lors de la marche, du vélo et des courses. Plus jeunes (moins de 80 ans), moins d'évitement d'activités dû à la peur de chuter. Personnes aînées ayant moins de problèmes de santé, plus d'autonomie fonctionnelle et qui s'aventurent encore à l'extérieur.	Chutes extérieures à proximité du domicile (jardin, chemin d'accès), principalement lors de tâches domestiques	Chutes à l'intérieur (à d'autres endroits que le couloir et la salle de bain), principalement lors d'activités de la vie quotidienne	Chutes à l'intérieur dans le couloir et la salle de bain, principalement lors d'une visite aux toilettes. Plus inactif et plus de difficultés à accomplir les activités quotidiennes Plus de peur de chuter
Caractéristiques biopsychosociales : • Moins de 80 ans : 84,4 % • Femmes : 72,8 %; Hommes : 27,2 % • Vit seul : 45,9 % • Éducation (plus que le primaire): 74,1 % • Peur de chuter : 66,7 % • Évite des activités : 46,3 % • Se perçoit en bonne santé : 90,5%	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Moins de 80 ans : 73,7 % • Femmes : 52,6 %; Hommes : 47,4 % • Vit seul : 39,5 % • Éducation (plus que le primaire): 65,8 % • Peur de chuter : 68,4 % • Évite des activités : 63,2 % • Se perçoit en bonne santé : 86,8%	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Moins de 80 ans : 70,7 % • Femmes : 69,0 %; Hommes : 31,0 % • Vit seul : 41,4 % • Éducation (plus que le primaire): 71,6 % • Peur de chuter : 69,0 % • Évite des activités : 61,2 % • Se perçoit en bonne santé : 90,5%	**Caractéristiques Biopsychosociales :** • Moins de 80 ans : 68,8 % • Femmes : 65,6 %; Hommes : 34,4 % • Vit seul : 43,8 % • Éducation (plus que le primaire): 68,8 % • Peur de chuter : 68,8 % • Évite des activités : 62,5 % • Se perçoit en bonne santé : 96,9%
Circonstances des chutes : • Facteurs intrinsèques : 19,7 %	**Circonstances des chutes :** • Facteurs intrinsèques : 34,2 %	**Circonstances des chutes:** • Facteurs intrinsèques : 42,2 %	**Circonstances des chutes :** • Facteurs intrinsèques : 65,6 %
Conséquences des chutes : • Fractures: 41,5 %	**Conséquences des chutes :** - Fractures: 39,5 %	**Conséquences des chutes :** • Fractures: 28,4 %	**Conséquences des chutes :** • Fractures: 37,5 %

*Les calculs ont été faits en proportion par profil plutôt que par caractéristiques, selon les tableaux 3 et 4 de l'article.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 3. Quatre profils de chuteurs déterminés auprès de personnes de 65 ans et plus vivant dans 6 résidences privées pour personnes aînées en Ontario avec différents niveaux de services

Étude rétrospective de Cleworth 2024, Canada [18]

Caractéristiques des participants (n= 1870) :

- Personnes de 65 ans et plus **ayant chuté et vivant dans 6 résidences pour personnes aînées (RPA) privées** en Ontario (Canada) classifiées selon 4 niveaux de services offerts : autonome (ménage, repas), avec services plus (ménage, repas, médication, activités de loisirs), soins assistés pour des problèmes physiques et soins pour des problèmes de mémoire (troubles neurocognitifs).
- Hommes / Femmes: % non disponible car données colligées de façon anonymisée, l'âge n'était également pas disponible.
- Milieu de vie : RPA autonome avec services de base 25,2% ; RPA services plus : 36,2%, RPA soins assistés pour des problèmes physiques : 17,4%; RPA soins de la mémoire : 21,2%
- Critères d'inclusion : vivre dans les 6 RPA ciblées et avoir chuté
- Critères d'exclusion : aucun
- Données sur les chutes : chutes à l'intérieur uniquement rapportées par le personnel via un questionnaire structuré sur les chutes dans la base de données des RPA
- Au total, 12 445 chutes ont été rapportées pour les 1877 participants. Les différences entre les types de RPA sont significatives pour : lieux, activités et conséquences de la chute, mais pas pour les sites de blessures. Bien que la chambre à coucher ait été systématiquement rapportée comme le lieu le plus fréquent des chutes, la proportion relative de chutes survenues dans la chambre variait selon les niveaux de soins. Il n'est pas clair pourquoi les résidents autonomes, avec services plus et en soins assistés pour problèmes physiques présentaient davantage de blessures aux membres supérieurs, tandis que les résidents en soins de longue durée pour des problèmes mémoire subissaient plus fréquemment des blessures à la tête.

Profil 1 – RPA autonomes (25,2 % ; n= 390)	**Profil 2 – RPA services plus (36,2 % ; n = 543)**	**Profil 3 – RPA soins assistés pour problèmes physiques (17,4 % ; n= 529)**	**Profil 4 – soins pour trouble de mémoire (21,2 % ; n= 408)**
1560 / 12 445 chutes = 12,5 % > 1 chute = 258 / 1560 = 16,5 % Avec blessure : 663 / 1560 = 42,5 %	3534 / 12 445 chutes = 28,4 % > 1 chute = 359 / 3534 = 10,2 % Avec blessure : 1479 / 3534 = 41,9 %	3770 / 12 445 chutes = 30,3 % > 1 chute = 414 / 3770 = 11 % Avec blessure : 1194 / 3770 = 31,7 %	3581 / 12 445 chutes = 28,8 % > 1 chute = 325 / 3581 = 9,1 % Avec blessure : 1220 / 3581 = 34,1 %
Circonstances des chutes : • Lieux : ○ Chambre à coucher : 49 % ○ Salle de bain : 20 % ○ Entrée: 4 % ○ Salon: 2 % ○ Autres: 20 % ○ Salle à manger: 5 % ○ Salle d'activité: 0,5 % • Activités au moment de la chute: ○ Marche: 31 % ○ Transfert: 13 % ○ Assis: 6 % ○ Couché: 3 % ○ Atteindre : 9 % ○ Debout: 12 % ○ Tourné: 5 %	**Circonstances des chutes :** • Lieux : ○ Chambre à coucher : 63 % ○ Salle de bain : 17 % ○ Entrée: 5 % ○ Salon: 0,5 % ○ Autres: 11 % ○ Salle à manger: 4 % ○ Salle d'activité: 0,4 % • Activités au moment de la chute: ○ Marche: 23 % ○ Transfert: 13 % ○ Assis: 5 % ○ Couché: 4 % ○ Atteindre : 8 % ○ Debout: 10 % ○ Tourné: 5 %	**Circonstances des chutes :** • Lieux : ○ Chambre à coucher : 75 % ○ Salle de bain : 13 % ○ Entrée: 4 % ○ Salon: 3 % ○ Autres: 4 % ○ Salle à manger: 2 % ○ Salle d'activité: 0,4 % • Activités au moment de la chute: ○ Marche: 14 % ○ Transfert: 23 % ○ Assis: 8 % ○ Couché: 7 % ○ Atteindre : 7 % ○ Debout: 5 % ○ Tourné: 2 %	**Circonstances des chutes :** • Lieux : ○ Chambre à coucher : 55 % ○ Salle de bain : 9 % ○ Entrée: 10 % ○ Salon: 15% ○ Autres: 5 % ○ Salle à manger: 4,5 % ○ Salle d'activité: 0,5 % • Activités au moment de la chute: ○ Marche: 17 % ○ Transfert: 8 % ○ Assis: 5 % ○ Couché: 6 % ○ Atteindre : 3 % ○ Debout: 7 % ○ Tourné: 1 %

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

○ Autre: 0,5 % ○ Inconnu : 23 %	○ Autre: 0,4 % ○ Inconnu : 34 %	○ Autre: 0,4 % ○ Inconnu : 35 %	○ Autre: 0 % ○ Inconnu : 52 %
Conséquences des chutes : • Coupure: 35 % • Douleur : 30 % • Contusion : 28 % • Tissu mou : 3 % • Fracture : 5,5 % **Site de la blessure :** • Bras : 34 % • Tête : 26 % • Jambe : 20,5 % • Hanche : 12 % • Torse : 8 %	**Conséquences des chutes :** - Coupure: 35 % - Douleur : 32 % - Contusion : 28 % - Tissu mou: 4 % - Fracture : 4 % **Site de la blessure :** - Bras : 32 % - Tête : 24 % - Jambe : 25 % - Hanche : 12 % - Torse : 8 %	**Conséquences des chutes :** • Coupure: 37 % • Douleur : 28 % • Contusion : 29 % • Tissu mou: 4,5 % • Fracture : 3,5 % **Site de la blessure :** • Bras : 32 % • Tête : 25 % • Jambe : 24 % • Hanche : 13 % • Torse : 7 %	**Conséquences des chutes :** • Coupure: 35 % • Douleur : 29 % • Contusion : 30 % • Tissu mou : 5 % • Fracture : 4 % **Site de la blessure :** • Bras : 31 % • Tête : 32 % • Jambe : 19,5 % • Hanche : 12,5 % • Torse : 6%

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 4. Cinq profils de chuteurs déterminés parmi l'ensemble d'une population âgée de 60 ans et plus vivant à domicile de 4 régions de Suède

Étude prospective de Ek, 2018, Suède [14]
Caractéristiques des participants (n= 2566) :

- Personnes aînées de 60 ans et plus vivant à **domicile** (un échantillon aléatoire stratifié par tranche d'âge a été sélectionné parmi l'ensemble de la population âgée de plus de 60 ans de quatre régions de Suède, **y compris les personnes vivant en institution**)
- Hommes: 38,8 %; Femmes: 61,2 %
- Milieu de vie: non disponible, mais seulement 2,1% vit en institution
- Critères d'inclusion : 60 ans et plus et vivre dans les régions ciblées
- Critères d'exclusion : aucun
- Données sur les chutes intérieures et extérieures qui ont causé une blessure nécessitant une hospitalisation ou des soins en externe: à partir des diagnostics au congé des soins selon la CIM-10 selon les bases de données nationales des soins en première ligne et en milieu hospitalier.
- Sur les 2 566 participants, 599 ont été hospitalisés ou ont reçu des soins ambulatoires au moins une fois en raison d'une chute au cours d'un suivi de 10 ans (suivi moyen de 6,47 ± 3,2 ans), dont 180 au cours d'une période de suivi de 3 ans (suivi moyen de 2,67 ± 0,75 ans) et 327 au cours d'une période de suivi de 5 ans (suivi moyen de 4,13 ± 1,5 ans). Les types de blessure au suivi de 10 ans (n= 599) : blessure ou plaie superficielle (27,5 %), fracture (52,9 %), luxation (3,5 %), lésion intracrânienne (9,0%), autre blessure grave (par exemple, lésion nerveuse) (1,2 %), non précisée (5,8 %)
- Limites de l'étude : n'inclut pas les chutes sans blessures. L'échantillon de personnes aînées était relativement en bonne santé et bien éduqué, ce qui peut limiter la généralisation des résultats à des populations âgées en assez bonne santé.

Profil 1 (34,3 % ; n= 879)	Profil 2 (11,3 % ; n = 289)	Profil 3 (28,6 % ; n= 734)	Profil 4 (10,7 % ; n= 274)	Profil 5 (15,2% ; n= 390)
En santé Pourcentage de chuteurs avec blessure : - Après 3 ans : 1,8 % - Après 5 ans : 4,3 % - Après 10 ans : 11,8 %	Bon fonctionnement, avec multimorbidité Pourcentage de chuteurs avec blessure : - Après 3 ans : 3,5 % - Après 5 ans : 7,3 % - Après 10 ans : 15,9 %	Bon fonctionnement, avec multimorbidité et consommation élevée de médicaments qui augmentent le risque de chutes Pourcentage de chuteurs avec blessure: - Après 3 ans : 6,3 % - Après 5 ans : 12,4 % - Après 10 ans : 25,5 %	Déficiences physiques et cognitives (Physically and cognitively impaired") Pourcentage de chuteurs avec blessure : - Après 3 ans : 12,4 % - Après 5 ans : 23,0 % - Après 10 ans : 36,9 %	En situation de handicap (Disabled) Pourcentage de chuteurs avec blessure : - Après 3 ans : 19,0 % - Après 5 ans : 29,2 % - Après 10 ans : 41,3 %
Caractéristiques biopsychosociales : • Âge moyen = 65,8 ans • Femmes : 56,2 %; Hommes : 43,8 % • Haut niveau d'éducation (université) : 49,7 % • Autonomes AVQ et AVD : 99,3 % • Troubles de mobilité (vitesse de marche ≤ 1,2 m/s): 56 %	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Âge moyen = 67,3 ans • Femmes : 45,7 %; Hommes : 54,3 % • Haut niveau d'éducation (université) : 45,3 % • Autonomes AVQ et AVD : 94,8 % • Troubles de mobilité (vitesse de marche ≤ 1,2 m/s): 61,3 %	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Âge moyen = 71,5 ans • Femmes : 59,7 %; Hommes : 40,3 % • Haut niveau d'éducation (université) : 37,7 % • Autonomes AVQ et AVD : 90,3 % • Troubles de mobilité (vitesse de marche ≤ 1,2 m/s): 80,8 %	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Âge moyen = 79,8 ans • Femmes : 72,6 %; Hommes : 27,4 % • Haut niveau d'éducation (université) : 20,1 % • Autonomes AVQ et AVD : 84,7 % • Troubles de mobilité (vitesse de marche ≤ 1,2 m/s): 95,3 %	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Âge moyen = 85,6 ans • Femmes : 79,0 %; Hommes : 21,0 % • Haut niveau d'éducation (université) : 12,8 % • Autonomes AVQ et AVD : 44,1 % • Troubles de mobilité (vitesse de marche ≤ 1,2 m/s): 99,3 %

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

• Actif (amélioration de la santé ou de la condition physique): 83,4 % • Consommateur d'alcool (modéré + élevé) : 81 % • Antécédent de chute avec blessure : 2,5 % • La majorité des personnes vivaient avec quelqu'un: 60,9%	• Actif (amélioration de la santé ou de la condition physique): 87,2 % • Consommateur d'alcool (modéré + élevé) : 82 % • Antécédent de chute avec blessure : 2,8 % • Plus de la moitié des personnes vivaient avec quelqu'un: 56,7%	• Actif (amélioration de la santé ou de la condition physique): 79 % • Consommateur d'alcool (modéré + élevé) : 73,9 % • Antécédent de chute avec blessure : 5,7 % • La moitié des personnes vivaient avec quelqu'un : 52,2%	• Actif (amélioration de la santé ou de la condition physique): 74,1 % • Consommateur d'alcool (modéré + élevé) : 53,3 % • Antécédent de chute avec blessure : 10,6 % • Un peu plus du tiers des personnes vivaient avec quelqu'un: 34,3%	• Actif (amélioration de la santé ou de la condition physique): 43,8 % • Consommateur d'alcool (modéré + élevé) : 40,2 % • Antécédent de chute avec blessure : 18,5 % • Peu de personnes vivaient avec quelqu'un: 18,2%
Circonstances des chutes : • Non disponible	**Circonstances des chutes :** • Non disponible	**Circonstances des chutes:** • Non disponible	**Circonstances des chutes :** • Non disponible	**Circonstances des chutes :** • Non disponible
Conséquences des chutes : • Non disponible	**Conséquences des chutes :** • Non disponible	**Conséquences des chutes :** • Non disponible	**Conséquences des chutes :** • Non disponible	**Conséquences des chutes :** • Non disponible

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 5. Quatre profils de chuteuses parmi l'ensemble d'une population de femmes âgées de 74 ans et plus vivant à domicile à Lyon, Montpellier ou Toulouse en France

Étude prospective de Bailly 2014 (cohorte EPIDOS), France [13]

Caractéristiques des participants (n= 329) :

- Femmes âgées de 74 ans et plus **vivant à domicile à Lyon, Montpellier ou Toulouse recrutées via les listes électorales et les registres d'assurance santé**.
- Femmes: 100 %
- Milieu de vie : non disponible
- Critères d'inclusion : i) au moins une chute au cours des quatre années de suivi ; (ii) données complètes sur les circonstances de la chute ; (iii) données complètes sur la mortalité; (iv) données complètes concernant les variables EPIDOS.
- Critères d'exclusion : incapable de marcher de manière autonome ou souffrant d'une fracture de la hanche ou ayant subi une arthroplastie bilatérale de la hanche
- Données sur les chutes : chutes à l'intérieur et à l'extérieur recueillies à l'aide d'un questionnaire rempli chaque fois qu'une chute s'était produite dans la semaine précédant l'appel téléphonique.
- Limites de l'étude : Afin de contrôler les biais liés à la mémoire, le questionnaire sur les chutes s'est limité à la semaine précédant chaque entretien (ou contact de suivi) ; l'étude ne disposait donc pas de données sur les chutes qui auraient pu se produire avant cette période et qui auraient pu être facilement et précisément documentées. L'étude pourrait donc avoir sélectionné les participantes présentant le risque de chute le plus élevé. Une autre limite est que la présente analyse a dû exclure les femmes décédées avant la fin du suivi initial de l'EPIDOS en raison de l'absence de certaines variables d'analyse. Parmi ces femmes, certaines pourraient être décédées à la suite d'une chute.

Profil 1 – Chutes reliées à l'environnement (19,1 % ; n = 63)	**Profil 2 – Chutes à l'extérieur (26,1 % ; n= 86)**	**Profil 3 – Chutes à l'intérieur (42,6 % ; n= 140)**	**Profil 4 – Chutes de sa hauteur (12,2 % ; n= 40)**
Caractéristiques biopsychosociales : • Dépendance : non • Aide à la marche : non • Capable de se relever : sans aide	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Dépendance : non • Aide à la marche : non • Capable de se relever : avec aide	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Dépendance : oui • Aide à la marche : oui • Capable de se relever : pas immédiatement	**Caractéristiques biopsychosociales** : • Dépendance : non • Aide à la marche : non • Capable de se relever : dépend de la blessure
Circonstances des chutes : • Lieux : à l'extérieur • Contexte au moment de la chute: Manque d'attention, glissement, trébuchement, faux pas	**Circonstances des chutes :** • Lieux : à l'extérieur / surface dure • Contexte au moment de la chute: Porter des chaussures d'extérieur et un manteau	**Circonstances des chutes :** • Lieux : à l'intérieur • Contexte au moment de la chute: Port de pantoufles ou de chaussettes, évanouissement (fatigue, médicaments, etc.)	**Circonstances des chutes :** • Lieux : échelles, escaliers • Contexte au moment de la chute: Chute vers l'arrière, sur les fesses ou la hanche
Conséquences des chutes : • Blessure : non • % mortalité au suivi de 13 ans : 26,1 %	**Conséquences des chutes :** • Blessure : conséquence légère • % mortalité au suivi de 13 ans : 19,1 %	**Conséquences des chutes :** • Blessure : non • % mortalité au suivi de 13 ans : 42,6 %	**Conséquences des chutes :** • Blessure : conséquence sévère • % mortalité au suivi de 13 ans : 12,2 %

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 6. Principaux résultats de 5 études réalisées auprès de la cohorte MOBILIZE composée de 765 personnes aînées de 70 ans et plus vivant à domicile entre 2005 et 2011 dans la région de Boston

Auteur principal / année de publication / but de l'étude	Principaux résultats par étude à partir de la cohorte MOBILIZE
Kelsey, J. (2010) [22] But de l'étude: Identifier les facteurs de risque de chutes à l'intérieur et à l'extérieur.	**Les facteurs de risque de chutes à l'intérieur et à l'extérieur sont différents**. - Les facteurs de risque de chutes à l'intérieur comprenaient : l'âge avancé, le fait d'être une femme et divers indicateurs de mauvaise santé (SPPB, vitesse de marche, AVQ, nombre de comorbidités, douleur, dépression, chute dans l'année précédente, le nombre de médicaments etc.). - Les facteurs de risque de chutes à l'extérieur comprenaient un plus jeune âge, le fait d'être un homme et le fait d'être relativement actif physiquement et en bonne santé. Exemples de résultats pour le rapport de taux [5] de chute, ajusté en fonction de l'âge et du sexe : - Pour les personnes ayant beaucoup de difficultés ou incapables d'accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) par rapport à celles qui n'ont aucune difficulté était de 2,57 (intervalle de confiance (IC) à 95 % : 1,69-3,90) pour les chutes à l'intérieur, mais de 0,27 (IC à 95 % : 0,13-0,56) pour les chutes à l'extérieur. - Pour une vitesse de marche inférieure à 0,68 m/s par rapport à une vitesse supérieure à 1,33 m/s était de 1,48 (IC à 95 % : 0,81-2,68) pour les chutes à l'intérieur, mais de 0,27 (IC à 95 % : 0,15-0,50) pour les chutes à l'extérieur.
Duckham, R.L. (2013) [24] But de l'étude: Examiner les différences spécifiques au sexe en matière de santé et de comportements contribuant aux circonstances et aux blessures liées aux chutes chez les personnes aînées	**Les femmes présentaient globalement des taux de chutes à l'extérieur plus faibles** (rapport de risque brut (RR) : 0,72, intervalle de confiance (IC) à 95 % : 0,56-0,92), dans les lieux de loisirs (RR : 0,34, IC à 95 % : 0,17-0,70), lors d'activités physiques intenses (RR : 0,38, IC à 95 % : 0,18-0,81) et sur des surfaces enneigées ou verglacées (RR : 0,55, IC à 95 % : 0,36-0,86) par rapport aux hommes. **Les femmes et les hommes ne présentaient pas de différence significative dans leurs taux de chutes à l'extérieur sur les trottoirs, dans les rues et sur les bordures de trottoir, ainsi que pendant la marche.** **Par rapport aux hommes, les femmes avaient des taux de chute plus élevés** dans la cuisine (RR : 1,88, IC à 95 % : 1,04-3,40) et lors d'activités ménagères (RR : 3,68, IC à 95 % : 1,50-8,98). **Les taux de chutes avec blessures à l'extérieur étaient équivalents chez les deux sexes.** **Le taux global de chutes avec blessures à l'intérieur était près de deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes** (RR : 1,98, IC à 95 % : 1,44-2,72), en particulier dans la cuisine (RR : 6,83, IC à 95 % : 2,05-22,79) et dans leur propre domicile (RR : 1,84, IC à 95 % : 1,30-2,59) et dans un autre domicile (RR : 4,65, 95% IC : 1,05-20,66) ou un autre bâtiment (RR : 2,29, 95% IC : 1,18-4,44).

[5] Le rapport de taux (rate ratio) correspond au nombre moyen de chutes par personne et par année de suivi dans un groupe (par exemple, beaucoup de difficulté aux AVQ) divisé par le nombre moyen de chutes par personne et par année de suivi dans un groupe de référence (par exemple, pas de difficulté aux AVQ). Le groupe de référence est spécifique à chaque facteur de risque potentiel.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / année de publication / but de l'étude	Principaux résultats par étude à partir de la cohorte MOBILIZE
Tchalla, A.E. (2014) [23] But de l'étude: identifier des sous-groupes de personnes présentant des prévalences* de chute distinctes, identifier les caractéristiques à l'entrée associées à ces prévalences et déterminer leurs résultats cliniques concomitants	À partir des caractéristiques cliniques des participants à l'entrée de l'étude, 4 sous-groupes* sur 5 ans ont été identifiées : - **Chutes en grappe i.e. regroupées sur une période donnée (46,1 % ; n = 353)** - **Chutes en augmentation progressive sur une période donnée (5,8 % ; n = 44)** - **Chutes fréquentes et répétées (18,0 % ; n = 138)** - **Absence de chutes (30,1 % ; n = 230)** Les facteurs prédictifs sont pour chacun des sous-groupes par rapport à la trajectoire « Absence de chutes » : - « Chutes en grappe » : vitesse de marche plus rapide et des chutes dans l'année précédente - « Chutes en augmentation progressive sur une période donnée » : diabète et troubles cognitifs. - « Chutes fréquentes et répétées » : deux ou plusieurs comorbidités chroniques et des chutes dans l'année précédente Les symptômes de dépression étaient prédictifs pour tous les groupes. Les personnes souffrant de chutes chroniques récurrentes présentaient le taux le plus élevé de chutes entraînant des blessures et des fractures. On a observé une augmentation légèrement significative du nombre d'hospitalisations chez les personnes dont le nombre de chutes augmentait. *Les sous-groupes ont été définis en fonction du nombre d'années de participation à l'étude. Le nombre de chutes rapportées chaque mois par chaque participant a été additionné pour chaque année sur la période de 5 ans couverte par l'étude et quantifié sous la forme d'un score « Chutes par année de vieillissement » (score FPYA). Pour chaque intervalle d'un an, l'absence de chute correspondait à un score FPYA de 0, une chute correspondait à un score FPYA de 1, deux chutes correspondaient à un score FPYA de 2 (chutes récurrentes) et trois chutes ou plus correspondaient à un score FPYA de 3 (nombre élevé de chutes récurrentes). Les scores FPYA ont été examinés en fonction de différentes périodes de 1 à 5 ans, indépendamment du moment chronologique auquel ces périodes ont commencé (par exemple, une période de 3 ans pouvait commencer à l'année 1 et inclure les années 1 à 3, l'année 2 et inclure les années 2 à 4, ou l'année 3 et inclure les années 3 à 5 de l'étude).
Cai, Y. (2022) [21] But de l'étude: Examiner la relation entre la douleur chronique et les circonstances des chutes	Par rapport aux personnes ayant chuté sans souffrir de douleurs chroniques, **celles souffrant de douleurs modérées à sévères** dans les 4 dernières semaines (6 niveaux de douleur selon l'item du *Short Form 36*) étaient : - Environ deux fois plus susceptibles de déclarer des chutes à l'intérieur (OR = 1,93, IC à 95 % : 1,32-2,83), des chutes dans le salon ou la salle à manger (OR = 2,06, IC à 95 % IC : 1,27–3,36), et des chutes dues à des problèmes de santé (OR = 2,08, IC à 95 % : 1,16–3,74) ou à des vertiges ou des évanouissements (OR = 2,10, IC à 95 % IC : 1,08-4,11); - Moins susceptibles de déclarer des chutes en descendant les escaliers (OR = 0,48, IC à 95 % : 0,27-0,87) ou des chutes dues à un glissement ou à un trébuchement (OR = 0,67, IC à 95 % : 0,47-0,95).
Cai, Y. (2023) [20] But de l'étude : Décrire les circonstances des chutes chez les personnes aînées à partir de données quantitatives à l'aide d'approches statistiques conventionnelles et	<u>Circonstances des chutes d'après les données quantitatives</u> Les lieux de chutes les plus fréquemment rapportés étaient (hommes et femmes ensemble ; 1829 chutes au total ; 765 participants sur 4 ans): a) Pour les chutes à l'intérieur: - Salon ou la salle à manger (14,0 %) - Chambre à coucher (10,0 %) - Escaliers (7,1 %). b) Pour les chutes à l'extérieur : - Trottoir (11,4 %) - Jardin ou la cour (7,2 %) - Escaliers (5,7 %).

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / année de publication / but de l'étude	Principaux résultats par étude à partir de la cohorte MOBILIZE
d'analyses qualitatives utilisant une approche d'apprentissage automatique (machine learning approach).	Les activités les plus fréquemment rapportées au moment de la chute étaient (hommes et femmes ensemble): - Marche (50,0 %) - Station debout (9,6 %) - En descendant les escaliers (6,8 %) - En montant les escaliers (6,3 %). - Les causes des chutes étaient (hommes et femmes ensemble): - Glissements ou trébuchements (51,6 %) - Chaussures inadaptées (24,3 %) - Problèmes de santé (13,1 %) - Neige ou glace (11,4 %) - Étourdi ou faible (10,4 %) - Environnement sombre (6,8 %) Chez les personnes aînées de 80 ans et plus (37,5 %) par rapport à celles de 70 à 79 ans (62,5 %), il y a eu une **proportion plus élevée de chutes**: - À l'intérieur, dans le salon ou la salle à manger, la chambre à coucher et la cuisine, mais moins de chutes dans les escaliers - En se levant ou en s'asseyant sur une chaise, un canapé, un lit ou des toilettes; - Dues à des problèmes de santé Chez les personnes aînées de 80 ans et plus par rapport à celles de 70 à 79 ans, il y a eu une **proportion moins élevée de chutes**: - En montant des escaliers ou en montant/descendant un trottoir - Dues à un glissement/trébuchement - Dues à la neige/glace sur le sol <u>Circonstances des chutes d'après les données qualitatives</u> - À l'intérieur, les lieux les plus fréquemment signalés étaient les escaliers, le salon et la salle de bain, suivis de la chambre à coucher et de la cuisine. - Parmi les 943 chutes à l'intérieur, 534 mentionnaient des meubles ou des obstacles pouvant être liés aux chutes. Les meubles ou obstacles les plus fréquemment mentionnés étaient les lits, les chaises, les tapis, les marches ou les portes. - Parmi les 799 chutes à l'extérieur, les lieux les plus fréquemment mentionnés, dans 747 cas, étaient les trottoirs ou les pavés, le sol ou le sol, la rue, la maison, les marches et la cour/le jardin. Dans les chutes à l'extérieur, 218 mentions de « glace » ou de « neige » ont été signalées comme facteurs météorologiques liés aux chutes. - En ce qui concerne les activités au moment de la chute, les mots les plus fréquemment mentionnés étaient « trébuché », « marché » ou « glissé », avec 567 mentions parmi les chutes à l'intérieur et 707 mentions dans les descriptions des chutes à l'extérieur. - Parmi les expressions mentionnées dans les descriptions narratives des chutes, « j'ai perdu l'équilibre et je suis tombé » était le scénario le plus fréquemment rapporté pour les chutes à l'intérieur et à l'extérieur.

OR : odds ratio ou rapport des cotes ; RR : risque relatif; IC : intervalle de confiance.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 7. Principaux résultats des 14 études prospectives retenues, en ordre chronologique

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
Gill, T.M (États-Unis, 2000) [32] But de l'étude: déterminer si les risques environnementaux augmentaient le risque de chutes non syncopales chez les personnes aînées vivant à domicile.	1088 personnes aînées de 72 ans et plus (âge moyen = 79,6 ans) vivant à domicile entre 1989 et 1992; 73.1 % femmes, 83,9% caucasien; **67,6 % vivent dans une RPA**, 68,9% vit seul, niveau d'éducation : en moyenne 9,6 ans Critères d'éligibilité: capacité à parler anglais, espagnol ou italien ; à suivre des instructions simples ; et à traverser une pièce sans l'aide d'une autre personne.	Chutes recensées chaque mois **pendant trois ans** à l'aide d'un calendrier des chutes (complété quotidiennement) et de suivis téléphoniques. Sous-groupes de participants classés selon les déficiences dans un ou plusieurs de ces 3 domaines : vision, équilibre/démarche et cognition. Évaluation pièce par pièce visant à identifier 13 risques potentiels de chute ou de glissement (ex. : tapis, carpettes, paillassons, plis dans la moquette, petits objets, cordons, surface de la baignoire/douche glissante, absence de barres d'appui dans la baignoire/douche) a été réalisée au début de l'étude, puis un an plus tard, par une infirmière de recherche qualifiée à l'aide d'un outil standardisé.	Hommes et femmes ensemble : 46,1 % des participants (n= 1088) ont fait au moins une chute non syncopale. 50,4 % ont eu lieu à l'intérieur 47,4 % ont eu lieu à l'extérieur Lieux des chutes (nb. de participants): salon (144), chambre (136) cuisine (88), salle de bain (59), couloir (41). Les tapis dans le couloir ont causé le plus de chutes. Aucune association significative n'a été trouvée entre les 13 risques de trébuchement ou de glissement et les chutes non syncopales, même après avoir classé les participants en fonction de leurs déficiences (visuelle, de l'équilibre/de la démarche et cognitive).	Généralisation limitée : majorité des participants vivaient en RPA. Les personnes qui passent plus de temps dans une pièce peuvent être plus susceptibles de tomber, indépendamment de la présence ou de l'absence de risques environnementaux. L'évaluation environnementale n'incluait pas tous les risques (ex. : l'éclairage, les escaliers). Une minorité de participants disposait d'escaliers dans leur logement, rendant impossible l'évaluation des risques associés aux escaliers. Capacité limitée à détecter de faibles augmentations du risque dans l'environnement, particulièrement dans les couloirs.
Bergland, A. (Norvège, 2004) [26]	Échantillon aléatoire de 307 femmes âgées de 75 ans et plus (âge moyen = 80,8 ans) vivant dans	Nombres de chutes et l'endroit (intérieur ou extérieur) recensés chaque 3	Au total, 50,5 % des participantes ont fait une ou plusieurs chutes. **57,5% des chutes sont survenues à l'extérieur**.	Utilisation d'auto-évaluations pour certaines variables cliniques. Dans les auto-évaluations,

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
But de l'étude: Étudier si l'équilibre, la fonction et d'autres indicateurs de l'état de santé peuvent prédire les blessures graves liées aux chutes chez les femmes âgées vivant à domicile.	la communauté à Oslo. Critères d'exclusion : incapable de se rendre seule au bureau de recherche, incapable de se tenir debout pour 60 secondes ou plus ou avoir un trouble cognitif majeur (MMSE de 8 ou moins)	mois, pendant une année, à l'aide d'un calendrier des chutes. Définition de blessures graves résultant d'une chute : fractures, luxations, traumas à la tête résultant en une perte de conscience et autres blessures nécessitant des soins médicaux. Chutes survenues à l'intérieur (incluant autour de la maison) ou à l'extérieur (autre lieu que le domicile), avec ou sans blessures, au cours d'une période d'un an, ainsi que les données de référence concernant la santé, les fonctions et les tests de marche et d'équilibre.	51 % des 308 chutes ont entraîné une blessure liée à la chute, 24 % une blessure grave liée à la chute et 13 % ont entraîné des fractures. Il n'y avait pas de relation significative entre le lieu de la chute (à l'intérieur ou à l'extérieur) et le fait que la chute ait causé une blessure grave ou une fracture. La survenue de chutes entraînant des blessures n'était pas liée à l'âge (groupe des 75-79 ans, 80 ans et plus, rapport de cotes (RC) 1,9, IC à 95 % 0,9 à 3,9) ni au fait que la personne vive seule (RC 1,4, IC à 95 % 0,6 à 3,1). Principaux facteurs prédictifs de blessures graves et de fracture liées à une chute : incapacité à se relever du sol; incapacité à monter des marches de 30 cm et plus; avoir fait plus d'une chute au cours de la période de suivi d'un an; une augmentation de la tendance à osciller dans le plan frontal en performant une tâche de calcul; avoir plus de 3 maladies; avoir besoin d'aide pour ses activités; avoir un trouble neurocognitif.	le biais de mémoire peut être problématique.
Lehtola, S. (Finlande, 2006) [33] But de l'étude : Décrire les circonstances et la fréquence des chutes entraînant des blessures.	555 personnes aînées de 85 ans ou plus (77,2 % femmes (n=429); âge médian = 88 ans), vivant à domicile, dans la ville de Oulu.	Suivi par téléphone tous les deux mois sur une période de 2 ans: nombre, circonstances et conséquences de chaque chute : heure, activité associée, type de chute et les blessures causées par la chute. Types de chutes classés en 7 catégories (selon ICD-9) :	**Au moins 409 personnes (74%) ont fait au moins une chute au cours des deux années de suivi, soit 68 % des hommes (n= 86) et 75 % des femmes (n= 323)** 263 personnes (47%) ont fait plus d'une chute, soit 40 % des hommes (n= 51) et 49 % des femmes (n= 212). Au total, 181 sujets (16%) ont subi une chute ayant entraîné une blessure, dont 99 chutes sur 1158 ont causé des	Ne sépare pas les chutes intérieures et extérieures. Certaines analyses incluent les hommes et les femmes ensemble. L'utilisation d'entrevues téléphoniques pour répertorier les chutes des participants peut faire en sorte qu'une proportion

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
		glissements, trébuchements, autres chutes extrinsèques au même niveau, chutes intrinsèques sans aucune contribution extrinsèque au même niveau, chutes dans les escaliers, chutes d'un niveau supérieur (moins de 1 m, plus de 1 m) et chutes non définies.	fractures, équivalent à 9% des chutes. **L'incidence des chutes était plus élevée chez les femmes que chez les hommes chez les personnes ¸âgées de moins de 90 ans, mais était similaire chez les personnes aînées de 90 ans et plus.** **La probabilité de se blesser lors d'une chute était plus élevée le matin et le soir** que pendant la journée (hommes et femmes ensemble). L'activité en cours et le type de chute ne permettaient pas de distinguer les chutes causant des blessures des autres chutes après exclusion des chutes non définies (hommes et femmes ensemble).	considérable de chutes ne seront pas répertoriées.
Freiberger, E. (Allemagne, 2006) [37] But de l'étude : Décrire le lieu, l'heure, la cause, les blessures et les soins médicaux associés aux chutes chez un groupe de personnes aînées physiquement actives.	293 personnes (44,4 % femmes) âgées de 70 à 90 ans (âge moyen = 76,1) qui ont participé à l'étude « Standfest im Alter », un essai contrôlé randomisé mené à Erlangen, en Allemagne. Critères d'exclusion : incapables de se déplacer de manière autonome, âgés de moins de 70 ans; troubles cognitifs.	Chutes intérieures et extérieures recensées chaque mois pendant une année à l'aide d'un calendrier des chutes et de suivis téléphoniques. Les participants étaient répartis en 4 groupes : contrôle (n= 83) et 3 types d'intervention chacune comprenant 32 sessions (2 fois/sem., 60 minutes) pendant 16 semaines : entraînement psychomoteur (n= 65); entraînement de fitness (n= 69), entraînement multidimensionnel (cognitif, physique et psychologique) (n=76)	41% des hommes et 43 % des femmes ont chuté au moins une fois et 20 % des hommes et 23 % des femmes ont chuté à plusieurs reprises. Hommes : chutes à l'extérieur pendant des activités de loisirs (40,6 %); à l'extérieur autres activités loin de la maison (23,6 %); à l'intérieur (27,1%) : escaliers 13,9 %); salle de bain (1,2 %); chambre (3,6 %); Femmes : chutes à l'extérieur pendant des activités de loisirs (20,8 %); à l'extérieur autres activités loin de la maison (29,2 %); à l'intérieur (35,4 %) : escaliers 12,3 %), salle de bain (4,6 %); chambre (4,6 %); 37,4 % des hommes et 57,1 % des femmes ont déclaré une blessure 10,4 % des hommes et 26,6 % des femmes ont consulté un médecin	Échantillon de personnes en bonne santé et active : pas généralisable à la population en général. Les personnes aînées sédentaires et celles qui sont physiquement actives courent toutes deux un risque accru de chute, mais les circonstances de ces chutes sont différentes. Étude de 2006, donc il y a 20 ans Étude randomisée et 75 % des cas randomisés dans le groupe avec une intervention. Le risque de chute est donc plus faible.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			1,8 % des hommes et 7 % des femmes ont été admis à l'hôpital Plus de chutes ont eu lieu en septembre et février, surtout chez les hommes. Par rapport aux femmes, les hommes étaient plus susceptibles (% hommes vs % femmes): - de chuter à l'extérieur de leur domicile pendant leurs loisirs (40, 6 % vs 20,8 %) - de chuter lors d'activités sportives (15,1 % vs 2,8%), tandis que les femmes étaient plus susceptibles de chuter lors d'activités quotidiennes (43 % vs 56,3 %). - de chuter le matin ou à midi 58% vs 32 %), tandis que les femmes étaient plus susceptibles de chuter l'après-midi ou le soir (32 % vs 43 %). - de ne pas être blessés lors de la chute (62 % vs 42,2 %), et les femmes étaient plus susceptibles de subir des blessures légères que les hommes (32,3 % vs 46,1 %). Par rapport aux hommes, les femmes étaient plus susceptibles de consulter un médecin après une chute (10,4 % vs 26,6 %); elles avaient aussi plus de difficulté à se relever du sol (79 % vs 58 %).	
Wijhuizen, G. J. (Pays-Bas, 2007) [39] But de l'étude : tester l'hypothèse selon laquelle le niveau d'activité physique en extérieur influe sur la relation entre la peur de tomber et	1752 personnes de 65 ans et plus (âge moyen = 73 ans; femmes = 58 %), vivant de manière autonome dans la communauté, sélectionnées au hasard. Niveau d'activité physique :	Appel téléphonique à une fois par mois, pendant 10 mois, pour savoir si une chute à l'extérieure est survenue en marchant ou à vélo au cours du mois précédent. Les personnes qui signalaient une chute étaient	21,3 % (n = 374) des personnes aînées ont déclaré avoir peur de tomber à l'extérieur de leur domicile, et 3 % (n = 52) sont effectivement tombées à l'extérieur pendant qu'elles marchaient ou faisaient du vélo au cours de la période de suivi de 10 mois. Les personnes « actives et très actives » tombaient plus souvent à l'extérieur que les	Cette étude se concentre uniquement sur les chutes à l'extérieur, lors de la marche ou du vélo. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés aux chutes à l'intérieur.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
les chutes réelles en extérieur.	- Peu à modérément actives: 34 % - Actives: 37 % - Très actives : 29 %	ensuite contactées par téléphone par une personne qui leur posait des questions sur les circonstances et les conséquences de leur chute.	personnes « peu à modérément actives » (OR = 2,8 ; IC à 95 % = 1,3, 6,3 ; p = 0,01) et (OR = 2,6 ; IC à 95 % = 1,1, 6,1, p = 0,03), respectivement. La peur de tomber à l'extérieur était significativement associée aux chutes à l'extérieur si le niveau d'activité physique à l'extérieur était inclus dans le modèle (OR = 2,0 ; IC à 95 % = 1,1, 3,9 ; p = 0,03). **Les personnes aînées compensent leur peur des chutes à l'extérieur en réduisant leur niveau d'activité physique.**	Étude de près de 20 ans.
Nachreiner, M.N. (États-Unis, 2007) [28] But de l'étude : Décrire les circonstances et les conséquences des chutes signalées par les femmes âgées **à risque de chute** vivant dans la communauté.	263 femmes âgées de 70 ans et plus (âge moyen = 78,7 ans) en bonne santé mentale (MMSE = 23 et plus; moyenne = 28,5) ; vivant de manière autonome dans la communauté ; capables de marcher 9 mètres sans s'arrêter, mais présentant une instabilité de l'équilibre lors des tests ; et présentant au moins un autre facteur de risque de chute ; une acuité visuelle corrigée de plus de 20/70 ; ne portant pas de prothèse de jambe ; ne pratiquant pas d'exercice physique régulier ; présentant aucun problème de santé qui aurait pu les empêcher de faire de l'exercice en toute sécurité ; n'étant pas en phase terminale ; capables de lire et de comprendre l'anglais ; disposant	Groupe d'intervention = 12 semaines d'exercices physiques, d'éducation et de conseils en matière de réduction des risques de chute. Groupe témoin = 12 semaines d'éducation générale à la santé sans rapport avec la prévention des chutes. Chutes intérieures et extérieures recensées chaque mois jusqu'à deux ans après l'intervention à l'aide d'un calendrier des chutes et de suivis téléphoniques sur les circonstances et les conséquences des chutes.	Au total, 54 % des participantes ont fait au moins une chute. Parmi celles qui ont chuté, 51 % a fait plus d'une chute. <u>Circonstances :</u> marche (53,7 %), trébuchements (39 %), glissements (15 %). <u>Causes perçues</u> : inattention (35,8 %), perte d'équilibre (23,2 %), se dépêcher (20,2 %), distraction (7,9 %) <u>Saisons</u> : printemps et été (23,8 % chacun), automne (24,6 %) et hiver (27 %). La neige et les surfaces verglacées n'ont été à l'origine que de 6 % des chutes. Presque toutes les chutes (81 %) ont été signalées pendant la journée (de 6 h 01 à midi). <u>Lieux</u> : Chutes à l'intérieur du domicile (60,7 %): salon, cuisine/salle à manger et chambre à coucher. Seulement 3 % dans la salle de bain. Chutes à l'extérieur (36,4 %) : jardin. Peu de chutes (7 %) survenues lorsqu'il faisait trop sombre ou trop clair.	Étant donné que le nombre de chuteuses était similaire dans le groupe d'intervention (n = 59) et dans le groupe témoin (n = 53), les groupes ont été combinés dans les résultats. Femmes majoritairement blanches, relativement instruites → limite la généralisation. Difficile d'interpréter les risques par lieu (ex. : salle de bain vs salon).

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
	d'un téléphone à touches ; et disponibles pour des rendez-vous de suivi à domicile. **40 %** avaient chuté dans la dernière année **49 % vivaient seules**. 8 % utilisaient une aide technique Population **majoritairement blanche** et relativement instruite		<u>Conséquences :</u> 47 % des participantes ont signalé des blessures, dont 66 % mineures, 20 % modérées et 13 % graves. Aucun décès. Après 67 % des chutes, les participantes ont pu se relever immédiatement de manière autonome. Les blessures les plus courantes étaient : lésions des tissus mous (30 %), abrasions (9 %), fractures 5 %, lacérations sans suture 5 %. Parmi les chutes ayant entraîné des blessures graves, 57 % se sont produites à l'extérieur et 43 % à l'intérieur. Des soins ambulatoires ont été demandés après 9 % des chutes, et 7 % des chutes ont donné lieu à des visites aux urgences. **88 %** des chutes sont survenues **pendant un mouvement** (dont tourner, monter/descendre escaliers, changer de position). **31 %** des chutes impliquaient le **port d'un objet** (facteur majeur). **20 %** des participantes **n'ont pas pu se relever sans aide** après une chute. Douleur post-chute : **moyenne 4,8 jours**. **4 %** ont eu une **incapacité fonctionnelle ≥ 3 jours**. **7 %** des chutes étaient liées à un **éclairage inadéquat**.	
Stevens, J.A. (États-Unis, 2014) [36] But de l'étude : Examiner les relations entre le lieu, l'activité, la direction de la chute et les blessures chez un	Personnes aînées vivant dans la communauté et présentant un risque élevé de chute, parmi les participants à l'étude SAFE (Safety assessment for Elders) menée dans le comté de Dane (Wisconsin).	Chutes intérieures et extérieures recensées chaque mois pendant une année à l'aide d'un calendrier des chutes et de suivis téléphoniques. Les blessures ont été classées	Sur les 465 participants : 48,2 % étaient âgés de 75 à 84 ans, 72,3 % étaient des femmes et 59,5 % vivaient seuls. Peu de troubles cognitifs et de limitations dans leurs AVQ; **70,5 % ont signalé au moins une chute au cours de la période de suivi d'un an** (62,8 % sont tombés plus d'une fois); **66,8 % des chutes se**	Cette étude portait sur des personnes présentant un risque élevé de chute (avait chuté dans les 12 mois précédant l'étude) et les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
groupe de personnes aînées à risque de chute et vivant à domicile	Les participants étaient des adultes âgés de 65 ans ou plus vivant dans la communauté qui **ont déclaré avoir fait au moins une chute au cours de l'année suivant leur inscription à l'étude**. Les personnes incapables de donner leur consentement éclairé et qui n'avaient pas d'aidant à domicile pour donner leur consentement à leur place ont été exclues.	comme suivantes : aucune blessure, légère (blessure signalée mais aucun traitement demandé), modérée (traitement pour toute blessure à l'exception d'un traumatisme crânien ou d'une fracture) et grave (traitement pour un traumatisme crânien ou une fracture).	**sont produites à l'intérieur du domicile.** Le lieu de la chute ne différait pas selon le sexe, **mais différait selon le groupe d'âge**. Les personnes aînées de 85 ans et plus étaient nettement plus susceptibles de tomber à l'intérieur de leur domicile que les personnes plus jeunes (65-74 ans [62,5 %] ; 75-84 ans [67,7 %] ; ≥ 85 ans [73,9 %]). Tous âges et sexe confondus, les lieux de la chute : **en marchant (27,4 %),** en se mettant debout (11,3%), en descendant ou montant une marche (7%); atteindre un objet (6,6%). Tous âges et sexe confondus, les causes perçues de la chute : Perte d'équilibre, instabilité ou vacillement (31,5%); Trébucher, se prendre les pieds, être maladroit ou s'emmêler les pieds (28,5 %); glisser (8,5%); Jambes ou hanches qui lâchent, jambes en coton ou faiblesse dans les jambes (7,3%). Tous âges et sexe confondus, direction de la chute : **en avant (42,3 %)**; de côté (20,5 %); par en arrière et tomber assis (17,6%), par en arrière et tomber à plat (10,4 %). La proportion de blessures légères par rapport aux blessures modérées ou graves était similaire pour les personnes aînées de 75 à 84 ans (47,8 % de blessures légères contre 43,8 % de blessures modérées ou graves). Celles qui se produisent dans la salle de bain sont les plus susceptibles d'entraîner des blessures. **Chez les 85 ans et plus, la plupart des blessures étaient modérées ou graves**	personnes aînées vivant dans la communauté.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			(18,9 % de blessures légères contre 34,8 % de blessures modérées ou graves). **Les femmes ont subi 56,3 % des chutes signalées, mais ont été victimes de 75,3 % des chutes ayant entraîné des blessures modérées ou graves**.	
Wurzer, B. (Nouvelle-Zélande, 2016) [38] But de l'étude : Recueillir des données prospectives sur (1) le nombre et les types de chutes causant des blessures ; (2) les circonstances et le lieu ; et (3) les coûts associés chez les personnes aînées participant au programme SAYGO (Steady As You Go), adapté du programme d'exercices physiques Otago qui peut être dirigé par des pairs.	Un échantillon de commodité composé de personnes aînées vivant dans la communauté et participant actuellement à un cours d'exercice physique SAYGO animé par des pairs. Tous les groupes dirigés par des pairs (n = 40) ont été invités à participer à l'étude, et les pairs leaders ont été invités à contacter les chercheurs si leur classe était intéressée par une participation.	Chutes intérieures et extérieures recensées chaque mois pendant une année à l'aide d'un calendrier des chutes et de suivis téléphoniques. Questionnaire sur les circonstances et le lieu de la chute, l'activité pratiquée avant la chute, les blessures éventuelles et le recours ou non à des soins médicaux. Trois catégories pour les blessures : (1) chute sans blessure, (2) chute avec blessure sans recours à des soins médicaux, ou (3) chute avec blessure suivie d'un recours à des soins médicaux.	Au total, 174 participants : 92 % femmes; âge moyen = 78,6 ans (61 à 99 ans); 40 % avait chuté dans les 12 mois précédents. 47,7 % des participants (n= 174) ont signalé au moins une chute au cours des 12 mois de suivi. Pour l'échantillon total, 56,5 % des chutes sont survenues à l'extérieur. Plus de chutes sont survenues en juillet (hiver dans l'hémisphère sud) qu'en décembre (été). <u>Activités durant les chutes à l'intérieur</u> : marcher/trébuchement (43,8%), escaliers/échelle (23,4%), Atteindre/ramasser quelque chose/se retourner/soulever (10,9 %), Sortir du lit/se lever/s'asseoir (9,4 %); Tâches ménagères/hygiène personnelle (9,4 %). <u>Activités durant les chutes à l'extérieur</u> : marcher/trébuchement (30,1%), escaliers/échelle (24,1%), jardiner (15,7 %); marcher sur une surface mouillée/verglacée/irrégulière/en pente (15,7 %); Transporter/soulever/tirer (8,4%); Perte d'équilibre/se pencher (6,0%). 37 % des chutes totales (n= 148) n'ont entraîné aucune blessure. La majorité des chutes ayant entraîné des blessures se sont produites à l'extérieur (n = 55) par opposition à l'intérieur (n = 38).	Cette étude ne comportait aucun groupe témoin et sa généralisation aux hommes et aux autres groupes ethniques est limitée, car l'échantillon était surtout composé de femmes (~90 %) et des personnes d'origine européenne néo-zélandaise.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			La majorité des chutes ayant entraîné une blessure (47 %) ont principalement causé des blessures mineures telles que des entorses, des contusions et des écorchures qui n'ont pas nécessité de soins médicaux. Seules les femmes ont consulté un médecin pour des chutes avec blessure. Sur les 26 chutes (18 %) qui ont donné lieu à une consultation auprès d'un professionnel de santé, six (4 %) ont été accompagnées d'une fracture. La participation au programme SAYGO a été associée à un faible nombre de chutes entraînant des blessures (β = − 0,157, t = − 1,99, P = 0,05). Observation intéressante: certaines chutes intérieures ont eu lieu lors d'activité sportives	
Crenshaw, J.R. (États-Unis, 2017) [27] But de l'étude : Caractériser les circonstances, les orientations et les sites d'impact des chutes chez les femmes âgées ambulantes vivant dans la communauté.	125 femmes âgées de 65 ans ou plus vivant dans la communauté : 65–69 years: n = 27, 70–74 years: n= 26, 75–79 years: n= 26, 80–84 years: n = 25, 85+ years: n = 21. En moyenne, les participantes étaient en surpoids, mais actives, présentaient peu de comorbidités chroniques et avaient une grande confiance en leur équilibre. Critères d'inclusion/exclusion : avoir la capacité de marcher un bloc sans aide à la marche, ne pas avoir été opéré pour un remplacement de hanche ou de genou dans la dernière	Au cours d'un suivi de 12 mois, les détails des chutes ont été consignés à l'aide de questionnaires bi-mensuels et de suivis téléphoniques au besoin.	**59 % des participantes ont fait une chute**, 30 % ont chuté plus d'une fois. 32 % avait chuté dans les 12 mois de l'étude. (Taux de chute : 1.3 chute/personne) <u>Circonstances</u> : Moins de chutes au printemps (16 %) versus les autres saisons (été : 31 %; automne : 26 %; hiver; 27 %). 59 % des chutes sont survenues à la maison : 28 % à l'intérieur et 27 % à l'extérieur. Hors de la maison : 37 % (15 % à l'intérieur et 22 % à l'extérieur) <u>Activités lors de la chute (intérieure et extérieure ensemble</u>) : marche sur une surface égale (28 %); marche sur une surface inégale (13 %); debout (16 %); changement de direction (20%); en montant les escaliers (15 %); en se dépêchant (14 %).	Échantillon relativement petit et composé exclusivement de femmes.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
	année avant sa participation, ne pas prendre de médication teriparatide ou denosumab pour l'ostéoporose, ne pas avoir reçu de diagnostic de démence et être cognitivement apte à donner un consentement éclairé		50 % des chutes sont survenues dans l'après-midi et 27 % le matin. Orientation et sites d'impact : 44 % des chutes étaient vers l'avant, 41 % vers l'arrière; 33% lors d'un mouvement latéral (sur le côté). Les participantes ont utilisé une stratégie de protection (pas de rééquilibration) lors de la chute dans: 82 % des chutes vers l'avant; 37 % des chutes vers l'arrière; 70 % lors d'un mouvement latéral. Les sites d'impact les plus courants étaient la hanche/le bassin (47 % des chutes) et la main/le poignet (27 %). Les chutes vers l'arrière ont été le plus souvent signalées lors de glissements et de changements de direction, et ont augmenté le risque d'impact sur la hanche/le bassin (OR = 12,6 ; IC à 95 % : 4,7-33,8). Les chutes vers l'avant ont été le plus souvent signalées lors de trébuchements et de déplacements précipités, et ont augmenté le risque d'impact sur la main/le poignet (OR = 2,6 ; IC à 95 % : 1,2-5,9). Pour l'ensemble des chutes; 38 % consultation médicale; 23 % consultation à l'urgence; 23 % facture; 8 % chirurgie.	
Sanders, K.M. (Australie, 2017) [30] But de l'étude : décrire les facteurs précipitants et l'environnement de toutes les chutes ainsi que la prévalence des blessures	887 femmes âgées de 70 ans et plus suivies de manière prospective pendant une durée médiane de 1,6 an. Femmes inscrites sur les listes électorales et présentant un **risque plus élevé de fracture** selon un algorithme d'éligibilité	Chutes recensées à l'aide de calendriers mensuels sous forme de cartes postales et un questionnaire a été administré par téléphone pour chaque chute. Les admissions à l'hôpital ont été	63,7 % des participantes ont chuté au moins une fois; 17 % ont chuté plus d'une fois. Lieux : extérieur (54,7 %); intérieur (62 %). Activité au moment de la chute : marche (60,8 %), changement de position (13,4 %), jardinage (8,7%). Circonstances des chutes :	Femmes seulement et ayant un risque élevé de fracture

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
associées chez des femmes	adapté à partir de facteurs de risque de fracture de la hanche, notamment une fracture de la hanche chez la mère, une fracture antérieure ou des chutes déclarées par les participantes elles-mêmes.	confirmées à l'aide des dossiers hospitaliers et les fractures ont été confirmées par radiographie.	Perte d'équilibre (31,7 %), trébuchement (23,1 %), Glissement (23,0%), activité à risque (9,5 %) <u>Moment de la chute</u> : 88% le jour et 12 % la nuit. <u>Direction de la chute</u> : vers l'avant (62 %); latéral (20 %), vers l'arrière (19 %). Capable de se relever sans aide (66 %). Le risque d'être hospitalisé à la suite d'une chute pendant la nuit était 4,5 fois plus élevé que celui d'une chute survenue pendant la journée, après ajustement en fonction du type de blessure et de l'âge des participants (OR 4,5, IC à 95 % : 2,1, 9,5 ; p < 0,001). Parmi toutes les chutes (n= 1195) : aucune blessure (31 %), une seule blessure (37 %) et plusieurs blessures (32 %). Les personnes ayant fait une chute n'ont pas consulté de médecin dans 69,1 % des chutes (n= 826/1195). Un médecin a été consulté dans 29,8 % des chutes (356 / 1195). La personne a été hospitalisée dans 5,3 % des chutes (63 / 1195). **32 %** chutaient **au moins une fois par année.** Les chutes **survenaient souvent à domicile** (61 %), mais **les blessures graves** étaient légèrement plus fréquentes à l'extérieur.	
Gratza, S.K. (Suisse, 2019) [34] But de l'étude : Évaluer de manière	Le nombre total de participants est issu de deux études différentes: <u>Pré-fragiles</u> : 200 personnes aînées de	Les participants ont été répartis de manière aléatoire dans l'un des trois groupes recevant une dose mensuelle de	121 pré-fragiles (60,5 %) et 92 fragiles (53,2 %) ont chuté au moins une fois. Il n'y avait pas de différence entre les sexes dans les deux groupes.	Les deux groupes ne font pas partie de la même étude. Les deux groupes faisaient partie d'une intervention

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
prospective le lien entre l'environnement et la direction de la chute et les blessures chez les adultes pré-fragiles et fragiles.	70 ans et plus (68,5 % femmes; âge moyen = 77 ans) vivant dans la communauté ayant déjà fait une chute au cours des 12 derniers mois. Fragiles : 173 personnes de 65 ans et plus (79,2 % femmes; âge moyen = 84 ans) présentant une fracture aiguë de la hanche (77 % vivant dans la communauté).	vitamine D par voie orale pendant 12 mois, avec des visites cliniques au début de l'étude, à 6 et 12 mois, plus un suivi ouvert supplémentaire de 6 mois après l'arrêt du traitement. Les chutes ont été enregistrées de manière prospective à l'aide d'un questionnaire téléphonique mensuel : date, heure, direction et circonstances de la chute, blessures.	Les pré-fragiles ont subi davantage de blessures (71 % vs 56 %), mais moins de blessures graves (9 % vs 27 %). Les pré-fragiles ont eu une fracture (5%) versus 10 % chez les fragiles. Les chutes vers l'avant étaient plus fréquentes chez les pré-fragiles (48 % vs 17 %). Les chutes latérales étaient plus fréquentes chez les fragiles (45 % vs 28 %) et augmentaient le risque de blessure (OR = 3.29 (1.68, 6.45)) et de fracture (OR = 3.25 (1.09, 9.68)) dans ce groupe. Le risque de blessure chez les fragiles était multiplié par 3,3 en cas de chute latérale (OR = 3,29, IC à 95 % = 1,68-6,45) et par 2,4 en cas de chute dans un espace public intérieur (OR = 2,35, IC à 95 % = 1,00-5,53), et était réduit en cas de chute à domicile (OR = 0,55, IC à 95 % = 0,31-0,98). Les pré-fragiles tombaient plus souvent lorsqu'ils étaient en mouvement (84 % vs 55 %, p < 0,0001), et les fragiles tombaient plus souvent lorsqu'ils étaient debout (26 % vs 15 %). Chez les fragiles, les chutes à l'intérieur d'un espace public multipliaient par 2,4 le risque de blessure (OR = 2,35, IC à 95 % = 1,00-5,53), tandis que les chutes à l'intérieur de leur domicile réduisaient ce risque de 45 % (OR = 0,55, IC à 95 % = 0,31-0,98). Les pré-fragiles ont chuté plus à l'extérieur (58 % vs 21 %) et à l'intérieur dans un espace public (19 % vs 10%). Les fragiles ont chuté plus fréquemment à l'intérieur de leur domicile (67 % vs 23 %).	(dose de vitamine D) pour la prévention des chutes. En raison de la déficience cognitive modérée chez les fragiles, les circonstances entourant la chute peuvent avoir été auto-rapportées de manière incorrecte.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			Pas de différence entre les deux groupes pour la fréquence de chutes selon les saisons. Cependant, le risque de blessure était plus faible lorsque les pré-fragiles faisaient une chute pendant l'été (OR = 0,51 (0,29, 0,9)) et plus élevé lorsqu'elles faisaient une chute pendant l'automne (OR = 2,56 (1,15, 5,7)). Les fragiles ont chuté plus fréquemment la nuit (13 % vs 3%), tandis que les pré-fragiles ont chuté plus en après-midi (57 % vs 45 %).	
Phelan, E. A. (États-Unis, 2021) [29] But de l'étude : 1) Décrire les caractéristiques des femmes qui n'ont pas chuté, qui ont chuté sans blessure, qui ont chuté avec une blessure et qui ont chuté avec une blessure grave, 2) identifier les facteurs de risque liés aux blessures causées par une chute et 3) comparer les circonstances et les conséquences des chutes avec et sans blessure.	Sous-groupe de 5074 femmes post-ménopausées âgées de 63 à 99 ans participant à l'étude Women's Health Initiative (WHI) long life study (essai sur l'hormonothérapie auprès de participantes afro-américaines et hispaniques) vivant dans la communauté. **Âge moyen : environ 79 ans**. **Diversité ethnique** : 50 % blanches, 33 % noires, 17 % hispaniques.	Chutes intérieures et extérieures recensées chaque mois pendant 13 mois à l'aide d'un calendrier des chutes et de suivis téléphoniques sur les circonstances et conséquences. **Facteurs individuels mesurés** : antécédents de chutes, maladies chroniques, force, équilibre, vision, audition, médication **Type de blessure** : présence, gravité et soins requis. **Lieu et activité au moment de la chute** : intérieur/extérieur, marche, terrain, circonstances.	Parmi les 5074 femmes, 29,2 % (n= 1481) ont rapporté une chute durant les 13 mois de suivi. Les données sur les chutes ont été obtenues auprès de 1043 femmes, dont 41,2 % ont rapporté une blessure (ecchymose : 70,1 %; douleur : 79,9 %; éraflure : 34,9 %; fracture : 14,2%) <u>Lieux des chutes</u> : À la maison (69,3 %) À l'intérieur de la maison (71,4 %) <u>Activité durant la chute</u> : En marchant (64,9 %) En faisant de l'exercice (7,9 %) <u>Cause perçue</u> : Sensation de faiblesse ou perte de conscience (2,2 %) Incapable de se relever (21,5 %) Si les chutes avec blessures et sans blessures étaient plus susceptibles de se produire à domicile, une plus grande proportion des chutes avec blessures se produisait hors du domicile (37 % vs 28 %).	Femmes exclusivement. Manque de données détaillées sur l'emplacement (pentes, escaliers, etc.) et les types de mouvements (se lever, se tourner, se pencher, etc.) associés aux chutes entraînant des blessures.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			Moins d'un quart des femmes ayant subi des blessures liées à une chute avait participé à un programme de prévention des chutes. 60,2 % des chutes ayant entraîné des blessures ont été traitées par les personnes elles-mêmes ou par une personne autre qu'un médecin ; 30 % d'entre elles ont entraîné des blessures graves. Environ 15 % des chutes ayant entraîné des blessures ont donné lieu à une visite aux urgences, 12 % à une consultation externe (en cabinet médical) et 5 % à une hospitalisation. Les femmes qui ont fait une chute différaient de celles qui n'en ont pas fait : plus âgées (âge moyen de 80,0 ans vs 78,5 ans, plus susceptibles d'être de race blanche (58,0 % vs 46,2 %), déclaraient avoir un mauvais équilibre (23,1 % vs 13,1 %) et une mauvaise audition (27,2 % vs 20,7 %), avaient chuté au cours de l'année précédente (44,6 % vs 24,3 %), étaient très préoccupées par les chutes (22,6 % vs 16,7 %) et souffrent de certaines morbidités, notamment de maladies cérébrovasculaires (7,8 % vs 5,0 %), d'incontinence urinaire (7,5 % vs 5,3 %) et de dépression (10,1 % vs 7,0 %); plus susceptibles de prendre un ou plusieurs médicaments agissant sur le SNC (85,5 % vs 83,5 %) et d'avoir utilisé un somnifère, tel qu'un médicament ou de l'alcool, entre une et cinq fois par semaine (19,5 % vs 16,5 %). Plus susceptibles d'avoir apporté des modifications à leur environnement domestique, en particulier en retirant ou en	

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			fixant les tapis (42,0 % vs 37,4 %). **Plus de femmes blessées sont restées au sol en attendant de l'aide** (23,7 % vs 7,5 %). **30 % des blessures étaient graves**, incluant 14 % de fractures (dont 8 fractures de la hanche).	
Wang, M. (Australie, 2021) [31] But de l'étude : Déterminer l'incidence et les circonstances des chutes chez les femmes d'âge moyen sur une période d'un an.	273 femmes âgées entre 41 à 62 ans (âge moyen = 55,2 ans) sélectionnées au hasard dans les listes électorales de Tasmanie et ayant participé à un essai contrôlé randomisé de deux ans sur une intervention éducative sur l'ostéoporose. Les participantes ont été exclues de l'ECR initial si: mesure antérieure de la densité osseuse, maladie thyroïdienne, insuffisance rénale, tumeur maligne, polyarthrite rhumatoïde, antécédents d'hystérectomie ou de traitements hormonaux substitutifs, grossesse ou projet de grossesse dans les deux ans suivant l'entrée dans l'étude, ou allaitement.	Chutes intérieures et extérieures recensées chaque mois pendant 13 mois à l'aide d'un calendrier des chutes (circonstances et conséquences) et des suivis téléphoniques au besoin.	Sur 273 femmes, 115 ont subi 209 chutes. L'incidence sur un an était de 42 % pour toute chute, de 17 % pour les chutes multiples (deux ou plus) et de 24 % pour les chutes avec blessures. L'incidence était plus élevée dans les groupes d'âge plus âgés pour toute chute (33, 45 et 44 % pour les personnes aînées de moins de 50 ans, 50-55 ans et > 55 ans, respectivement), les chutes multiples (7, 14 et 22 %) et les chutes avec blessures (15, 20 et 28 %), bien que seule l'incidence des chutes multiples ait augmenté de manière significative dans les trois groupes d'âge (P = 0,01). La plupart des chutes se sont produites à l'extérieur (71 %) et pas de différence entre les 3 groupes d'âge. Les chutes ont été attribuées à des trébuchements et des glissements (60 %), risques environnementaux (13 %) et perte d'équilibre (11 %). La proportion attribuée aux trébuchements et glissements augmentait avec l'âge. Dans l'ensemble, la proportion de chutes était légèrement plus élevée en été (29 %) et en automne (27 %) qu'au printemps (22 %) et en hiver (22 %). Une proportion plus élevée de chutes été rapportée	Les femmes n'ayant pas participé à l'étude (taux de participation de 64 %) étaient plus jeunes, moins instruites et plus susceptibles d'être d'anciennes fumeuses ou des fumeuses actuelles que celles qui ont mené l'étude à son terme, et donc peut-être moins en bonne santé que celles qui ont participé à cette étude. Peu de participants (273 femmes)

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			en été et en automne chez les personnes aînées de 50 à 55 ans (39 et 31 %) et de plus de 55 ans (24 et 29 %) par rapport à celles âgées de moins de 50 ans (11 et 11 %).	
Tuvemo Johnson, S. (Suède, 2022) [35, 69] But de l'étude : Décrire les circonstances et les conséquences des chutes chez des personnes aînées pré-fragiles	175 personnes aînées de 75 ans et plus vivant dans la communauté (69,7 % femmes, âge moyen = 83 ans) qui avaient besoin d'aides à la marche ou de services d'aide à domicile. Critères d'inclusion : 75 ans ou plus, vivant chez elles, capables de marcher de manière autonome à l'intérieur et capables de comprendre des informations écrites et orales en suédois. Exclusion : score MMSE inférieur à 25, traitement de physiothérapie continu en raison d'une maladie ou d'une blessure; soins palliatifs	Chutes intérieures et extérieures recensées chaque mois pendant 12 mois à l'aide d'un calendrier des chutes et des suivis téléphoniques (circonstances et conséquences). L'étude randomisée contrôlée comportait 3 groupes, 2 groupes d'intervention et un groupe témoin. Un groupe d'intervention a suivi le programme d'exercices Otago (OEP), qui est un programme d'exercices personnalisés à domicile comprenant des exercices d'équilibre, de musculation et des promenades en plein air, tandis que l'autre groupe d'intervention a suivi le programme OEP et bénéficié d'entretiens motivationnels (EM), une méthode utilisée pour initier et soutenir les changements de comportement.	Aucune différence significative n'ayant été détectée entre les groupes randomisés (2 groupes intervention et témoin) en termes de fréquence des chutes au cours du suivi d'un an, les chutes dans les trois groupes sont présentées ensemble. **42,3 % des participants** (n=175) ont chuté au moins une fois dans les 12 mois (68 % femmes). Hommes et femmes ensemble, lieux des chutes : À l'intérieur de la maison (64,3%) : chambre (13,5 %), salon (10,8 %), salle de bain (9,7 %), entrée (8,6 %) A l'extérieur (14,6 %); cage d'escalier ou salle des poubelles (9,7 %); magasin ou autobus (2,7%) Hommes et femmes ensemble, causes perçues : Trébuchement (12,4 %), se dépêcher/inattention/stress (11,9 %), perte d'équilibre (11,4%), vertiges/hypotension (7,6 %), problèmes aux jambes (7,6 %). Hommes et femmes ensemble, moment de la journée : 75 % le matin ou pendant la journée, 9,7 % le soir, 7,5 % la nuit, 8 % non-spécifié. Hommes et femmes ensemble, activité durant la chute : En se déplaçant dans la maison (24,3 %), changement de position, le plus souvent de la position assise à debout (20,5 %).	Les participants présentait était pré-fragile et présentait un risque de chute. Les deux tiers devaient accomplir régulièrement des exercices à domicile, ce qui a pu avoir un impact sur les chutes. Participants volontaires d'un essai de prévention, donc pas représentatifs de tous les aînés fragiles.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			Hommes et femmes ensemble, conséquences de la chute : 44,9 % des chutes ont causé une blessure : ecchymose/contusion (17,8 %), éraflure (11,3 %), douleur (9,7 %), fracture (3,8 %). Partie du corps : Membre inférieur (11,9 %), membre supérieur (8,6%), tronc et bassin (9,2 %), tête (5,9%), plusieurs parties du corps (9,2 %). Hommes et femmes ensemble, traitement de la chute : Pas de traitement (28,6%), clinique ambulatoire (8,6%), hôpital (3,8%).	

OR : odds ratio ou rapport des cotes (RC) ; RR : risque relatif; IC : intervalle de confiance

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 8. Principaux résultats des 19 études rétrospectives retenues, en ordre chronologique

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
Li, W. (2006, États-Unis) [50] But de l'étude : Étudier les circonstances des chutes à l'extérieur, identifié les facteurs de risque environnementaux et personnels liés aux chutes à l'extérieur, comparé la fréquence et les caractéristiques des chutes à l'extérieur et à l'intérieur.	Participants âgés de 45 ans et plus dans le groupe témoin (N = 2 193; 78 % femmes, âge moyen non disponible; 47 % âgés de 65 ans et plus) d'une étude cas-témoins sur les fractures dans cinq centres médicaux. Stratifiés par sexe et par tranche d'âge (45-49 ans, 50-54 ans, 55-59 ans, 60-64 ans, 65-69 ans, 70-74 ans, 75-79 ans, 80-84 ans et ≥85 ans)	Questionnaire administré par des interviewers. Chutes survenues dans les 12 mois précédant. Les personnes ayant chuté au moins une fois ont été invitées à fournir les circonstances de leur **chute la plus récente**. Chute à l'extérieur = se produisant à l'extérieur d'un bâtiment ou dans un garage de stationnement. Chute à l'intérieur = se produisant à l'intérieur de tout bâtiment autre qu'un garage de stationnement.	**23 % des participants** (512 /2193) ont rapporté au moins une chute dans les **12 derniers mois**; chute à l'extérieur (58 %), chute à l'intérieur (42 %). Chutes extérieures : Hommes 45-64 ans (72 %), Femmes 45-64 ans (58 %) Hommes 65 ans et plus (57 %) Femmes 65 ans et plus (51 %) Hommes et femmes de 80 ans et plus (48 %) La marche (47,3 %) était l'activité la plus fréquente liée aux chutes. La plupart des chutes à l'extérieur (73 %) étaient provoquées par des facteurs environnementaux, tels que des surfaces irrégulières. Les chutes étaient plus souvent par en avant (hommes : 41,5 %; femmes : 48,8 %). Les personnes ayant chuté à l'extérieur étaient plus souvent des hommes, plus jeunes, de race blanche et plus instruites que celles ayant chuté à l'intérieur et celles n'ayant pas chuté. En moyenne, les personnes ayant chuté à l'extérieur avaient un niveau d'activité physique de loisir plus élevé au cours de l'année précédente que celles ayant chuté à l'intérieur et celles n'ayant pas chuté. De plus, elles étaient en meilleure santé et avaient une meilleure condition physique.	**Participants étaient généralement instruits et relativement actifs.** L'étude initiale portait sur l'étiologie des fractures plutôt que sur les chutes, et elle a été menée sur la base de données autodéclarées concernant les chutes et les facteurs de risque potentiels. Il est probable que la fréquence des chutes ait été sous-estimée, car les données ont été obtenues à partir d'un rappel de l'année précédente, et seule la chute la plus récente a été interrogée en détail.
Mendes da Costa, E. (2008, Belgique) [54] But de l'étude : Description de la	L'administration communale de Fontaine l'Evêque a envoyé par la poste en avril 2006 le questionnaire	Questionnaire auto-administré. Lieux de chute; blessures; circonstances lors	60,6 % des participants (n= 498) étaient des femmes. Groupes d'âge (n= 501) : 65-74 ans (56,5 %); 75-84 ans (43,7 %); 85 ans et plus (9,8 %). 39,4 % habite seul.	Taux de participation assez bas (18.3%), ce qui peut constituer un biais.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
problématique des chutes chez les personnes de 65 ans et plus de Fontaine l'Evêque en Belgique	accompagné d'un courrier explicatif à 2812 personnes. Les analyses ont porté sur 501 questionnaires.	desquelles les personnes ont peur de tomber; types d'aménagements du domicile faits par les personnes pour diminuer le risque de chute ; types de modifications du domicile qui seraient nécessaires selon les personnes pour diminuer le risque de tomber	**Chute au moins une fois dans les 12 derniers mois** : Hommes et femmes : 34.1%; Habite seul : 45,1%; Femmes : 37,5 %; Hommes : 29,2 %; 65-74 ans (25,7 %); 75-84 ans (36.5 %); 85 ans et plus (63,3 %). Hommes et femmes : 62.3% des personnes rapportent 2 chutes ou plus. Les personnes aînées qui habitent seules rapportent plus souvent être tombées dans les 12 derniers mois : 65-74 ans (OR = 3,76) et 85 ans et plus (OR = 1,83). <u>Activités durant les chutes</u> (hommes et femmes ensemble) : déplacement à l'extérieur (27,6%), escaliers (23,6 %), Déplacement dans ou autour de la maison (22 %), tâches ménagères (11 %). <u>Lieux des chutes</u> (hommes et femmes ensemble) : maison (54,4 %), rue (24,1 %), jardin (20,3%). Les lieux dans la maison: escaliers (20.6%), la cuisine (19.0%) et la salle à manger (15.9%). <u>Cause perçue</u> des chutes (homme et femmes ensemble): glisser/trébucher sans notion d'obstacle ou de surface glissante (58 %); glisser/trébucher sur un obstacle (13,3 %); glisser sur une surface glissante (7 %), facteur intrinsèque (16,1 %). <u>Recours aux soins à la suite des chutes</u> (hommes et femmes ensemble) : contact avec un médecin (44,9 %); consultation aux urgences (37,4 %), hospitalisation (20,9 %). <u>Blessures à la suite des chutes</u> (hommes et femmes ensemble) : 8,8 % ont rapporté une blessure, le	

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			plus souvent un os cassé ou démis (65,9%). 61,8 % (hommes et femmes ensemble) disent <u>avoir peur de tomber</u> : dans les escaliers (52,9%, déplacement à l'extérieur (46,4 %). Plus de femmes ont peur de tomber (70,1 % vs 49,7 %). La peur de tomber est plus élevé chez les 85 ans et plus, si la personne habite seul et si elle a chuté dans les 12 derniers mois. <u>Activités réduites à cause de la peur de tomber</u> (hommes et femmes ensemble): 37.6 % des répondants, le plus souvent lors des activités en hauteur (35.8%), des déplacements (31.5%) et les tâches ménagères (22.2%).	
Elliott, S. (2009, États-Unis) [46] But de l'étude : Déterminer si le fait de vivre seul ou avec d'autres personnes avait une incidence sur les facteurs contribuant aux chutes chez les adultes vivant dans la communauté d'un comté rural de l'est de la Caroline du Nord.	Un échantillon de commodité (issu d'une plus large étude) composé de 666 adultes âgés (68,6 % femmes) de 50 à 90 ans vivant dans la communauté ayant participé à l'étude **pendant 4 ans. 338 participants ont mentionné vivre seuls comparé à 300 participants qui disaient vivre avec d'autres personnes.**	Les participants ont volontairement rempli un questionnaire adapté sur les chutes lors d'une séance régulière d'éducation à la prévention des chutes au cours de laquelle les chercheurs étaient présents. Les personnes ayant déclaré avoir fait une chute ont rempli la deuxième partie du questionnaire, qui portait sur les facteurs liés aux chutes : Nombre de chutes, utilisation d'aide à la marche et de dispositifs de sécurité (incluant les systèmes d'appel d'urgence personnels), activités pratiquées au moment de la chute, blessures causées	Dans l'échantillon, tous les groupes d'âge confondus (50 à 90 ans), plus de femmes (57,1%) vivaient seules que les hommes (26,4%). Pourcentage de chuteurs chez les hommes vivant seuls versus avec d'autres personnes, par groupes d'âge: 50-60 ans (60% vs 50%); 61-70 ans (20% vs 36%); 71-80 ans (43% vs 37%); 81 ans et plus (71 % vs 70 %) Pourcentage de chuteuses chez les femmes vivant seules versus avec d'autres personnes, par groupes d'âge: 50-60 ans (85% vs 77%); 61-70 ans (51% vs 56%); 71-80 ans (71% vs 60%); 81 ans et plus (78 % vs 57 %) Il n'y avait pas de lien significatif entre le fait de vivre seul et le lieu de la chute. Cependant, les personnes vivant seules (hommes et femmes ensemble) tendaient à chuter plus souvent dans la cuisine (11 %), le salon/la salle familiale (10 %) et la chambre à coucher (12 %), tandis que celles vivant avec d'autres personnes tombaient plus souvent à l'extérieur (48 %).	Un échantillon de commodité a été utilisé et les données ont été recueillies à l'aide d'un instrument d'auto-évaluation général, ce qui peut réduire la précision des réponses des participants. Les réponses peuvent avoir été biaisées pour les personnes qui avaient des difficultés à se souvenir des détails spécifiques de leurs chutes ou qui avaient besoin d'aide. Le taux de chute était élevé dans cet échantillon (62,1 %). Le nombre de participants était

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
		par les chutes et peur de tomber.	Il n'y avait pas de lien significatif entre le fait de vivre seul et le moment de la journée de la chute. Les personnes vivant seules ou non (hommes et femmes ensemble) tendaient à chuter le matin (28%) et au début de l'après-midi (29-32%). Il n'y avait pas de lien significatif entre le fait de vivre seul et l'activité durant la chute. Cependant, tendances pour les participants (hommes et femmes) vivants seuls vs avec d'autres: marche à l'intérieur (27% vs 23%); marche à l'extérieur (28 % vs 28%); atteindre un objet (12% vs 19%); autres (29% vs 27%). Il n'y avait pas non plus de lien significatif entre le fait de vivre seul vs avec d'autres pour la peur de chuter et les activités cessées en raison de la peur de chuter. Ce, même si les participants vivants seuls craignaient plus de chuter (51% vs 45%) et avaient davantage restreint leurs activités en raison de la peur de chuter (62.2% vs 48%) que ceux vivant avec d'autres. Il y avait une différence significative entre le fait de vivre seul et de subir des blessures à la suite d'une chute. Les personnes vivant avec d'autres personnes étaient plus susceptibles de ne pas être blessées ou de ne présenter que des coupures et des contusions (33 %) à la suite de la chute, par rapport à celles vivant seules (25 %). Les personnes vivant seules ont déclaré des blessures plus graves, notamment des blessures à la tête (personnes vivant seules : 7 % ; personnes vivant avec d'autres personnes : 3 %). Cependant, les personnes vivant avec d'autres personnes ont subi davantage de fractures (fractures de la hanche : 9 % ; fractures du poignet : 6 %) que celles vivant seules (fractures de la	inférieur à 15 dans plusieurs sous-groupes selon le sexe et l'âge ce qui nuisait à la puissance statistique.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			hanche : 1 % ; fractures du poignet : 3 %). Il existait un lien significatif entre le fait de vivre seul et l'utilisation d'appareils d'aide à la marche. Environ 54 % des personnes vivant seules ont indiqué utiliser des appareils d'aide à la marche, contre 31 % des personnes vivant avec d'autres personnes.	
Milat, A.J. (Australie, 2011) [55] But de l'étude : Décrire la prévalence, les circonstances et les conséquences des chutes chez les personnes aînées vivant en communauté, à l'aide des données de l'enquête de référence sur la prévention des chutes de 2009 en Nouvelle-Galles du Sud.	Échantillon aléatoire de 5 662 personnes parmi tous les résidents de Nouvelle-Galles du Sud âgés de 65 ans et plus vivant dans des foyers équipés de téléphones privés.	Questionnaire standardisé téléphonique par des interviewers, disponible en 5 langues, pour recueillir la prévalence, les circonstances et les conséquences des chutes dans les 12 derniers mois.	**25,6 % (n= 5662) ont déclaré avoir chuté au cours des 12 derniers mois** (38,7 % ont chuté plus d'une fois). La prévalence augmentait avec l'âge (65-69 ans : 21,5 %; 90 ans et plus : 35,9%). 66,1% des personnes ayant chuté ont été blessées. Femmes : 71 %; hommes : 60%. Régions urbaines : 68,5 %; régions rurales : 62,1 %. Blessures les plus fréquentes : coupures, éraflures ou contusions (71 %), entorses ou foulures (9,9 %). 20 % ont consulté l'hôpital (avec ou sans admission). Pas de différences selon le sexe, mais proportion plus élevée (31,5 %) chez les 85-89 ans. 10,7 % ont été admis à l'hôpital. Pas de différences selon le sexe, mais proportion plus élevée (19,4 %) chez les 85-89 ans. 22,7 % ont reçu un traitement médical autre que l'hôpital. Proportion plus élevée de femmes (25,1 % vs 19,7%) Activités durant la chute, hommes et femmes ensemble : marche (43,8 %) ; travaux physiques ou les corvées (16,7 %) ; activités de portage ou de flexion (15,8 %), franchissement de marches,	Les données sur les chutes issues peuvent être sujettes à un biais de rappel, car les répondants ont été invités à déclarer leurs chutes et les traitements pour blessures liées à ces chutes au cours des 12 derniers mois.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			d'escaliers, de bordures ou de caniveaux (10,8 %). Causes perçues, hommes et femmes ensemble: trébucher ou glisser (27,4 %) ; dangers environnants, par exemple sol mouillé ou irrégulier (21,8 %) ; erreur d'évaluation, déséquilibre ou étirement excessif (17,8 %) ; et évanouissement, vertige, malaise ou jambes qui ont lâché (17,7 %).	
Nicklett, E. J. (2017, États-Unis) [51] But de l'étude : Examiner la relation entre les événements de chute et les facteurs du quartier.	Données provenant de 9 259 participants sur quatre vagues biennales (2006-2012) de l'étude sur la santé et la retraite (HRS), un échantillon national représentatif d'adultes âgés de 65 ans et plus aux États-Unis. Âge moyen : 73,9 ans; 57,2 % femmes; 78,5 % blancs non hispaniques.	Analyse d'une base de données. Chutes **au cours des deux années précédentes** (chutes intérieures et extérieures) Facteurs du quartier : cohésion sociale (sentiment d'appartenance, confiance, convivialité et serviabilité); environnement physique (vandalisme/graffiti, déchets, maisons vacantes/désertes et sécurité perçue en rentrant chez soi la nuit).	35 % des répondants (n = 9249) n'ont déclaré aucune chute au cours des deux dernières années, tandis que 24 % ont déclaré une seule chute et 41 % plusieurs chutes. Dans les modèles ajustés en fonction des covariables démographiques et liées à la santé, une augmentation d'une unité de la cohésion sociale du quartier était associée à une réduction de 4 % du risque de subir une seule chute (rapport de cotes (RC) : 0,96, intervalle de confiance (IC) à 95 % : 0,93-0,99) et à une réduction de 6 % du risque de subir des chutes multiples (OR : 0,94, IC à 95 % : 0,90-0,98). Une augmentation d'une unité de l'échelle de l'environnement physique était associée à une réduction de 4 % du risque de subir une seule chute (OR : 0,96, IC à 95 % : 0,93-0,99) et à une réduction de 5 % du risque de subir des chutes multiples (OR : 0,95, IC à 95 % : 0,91-1,00).	Chutes et facteurs perçus dans le quartier sont basés sur l'auto-évaluation. Les chutes ne sont pas identifiées selon leur localisation (intérieur ou extérieur)
Kim, D. (2017, États-Unis) [48] Bute de l'étude : Étudier les circonstances des chutes dans des **résidences pour**	L'étude a été menée dans une résidence (avec multiples immeubles) pour personnes aînées en Floride, proposant trois types de logements :	Analyse d'une base de données (données quantitatives) et des entrevues individuelles (données qualitatives).	A) Données quantitatives : 683 personnes au total; âge moyen de 86 ans en résidence autonome et de 89 ans en résidence avec assistance. 81 % vivaient en résidence autonome, 17 % en résidence avec assistance et 3 %	Dans des résidences pour personnes aînées, donc pas généralisable à l'ensemble des personnes

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
personnes aînées.	résidences pour personnes autonomes (six immeubles, 551 résidents), résidences avec services d'assistance (deux immeubles, 112 résidents) et résidences avec services de soutien à la mémoire (un immeuble, 20 résidents).	Fréquence et la nature des chutes tels que consignés dans les dossiers administratifs de la résidence sur une **période de 4 ans** (entre janvier 2012 et décembre 2015). Circonstances et causes des chutes du point de vue des résidents victimes de chutes lors d'entretiens individuels en personne avec les résidents entre mars et juillet 2016, à l'aide d'un questionnaire semi-structuré.	en résidence avec services de soutien à la mémoire. Un total de 1014 chutes a été rapporté par 401 résidents (58,7 %) durant les 4 ans, dont 53,8 % plus d'une fois; 68,2 % des chutes chez des femmes; 80,1 % des chutes chez les 85 ans et plus; 44,5 % des chutes entre 8h00 et 16h00; 36,4 % entre 16h01 et 00h00 et 19,1 % entre 00h01 et 7h59; 54 % des chutes n'ont pas requis de traitement médical; 23,7 % blessures mineures; 23 % hospitalisations. Lieux des chutes : 75 % à l'intérieur de l'appartement : salon/cuisine (42,8%), chambre (18,5 %), salle de bain (13,7 %). Type de résidence : 81,6 % des chutes dans résidences autonomes; 17,4 % résidences avec services d'assistance; 1,1 % résidences avec services de soutien à la mémoire. Il est à noter que le nombre de personnes qui résidaient dans les logements autonomes étaient beaucoup plus élevé que dans les deux autres types de résidences. Moins de 85 ans plus susceptibles de faire des chutes hors de la résidence que les 85 ans et plus. Femmes plus susceptibles (1,85 fois) de subir des blessures qui nécessitent une hospitalisation. Chutes dans la salle de bain entraînaient plus (2,3 fois) d'hospitalisation par rapport à ceux qui n'avaient pas chuté. B) Données qualitatives : 94 résidents recrutés ; 14 avaient chuté au cours des 12 derniers mois. Âge moyen= 88 ans. Activité	aînées vivant à domicile. L'échantillon des données qualitatives était petit. La portion quantitative était rétrospective mais la portion qualitative était prospective.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			durant la chute : transfert (71 %), en se déplaçant (21 %) et debout (7 %). Cause de la chute : glisser (souvent à cause de l'aide à la marche) (29 %), mauvais jugement (29 %), trébucher (21 %), problème de santé (21%)	
Timsina, L.R. (2017, États-Unis) [52] But de l'étude : exploiter les données issues des récits de blessures de l'Enquête nationale sur la santé (NHIS) pour examiner les circonstances de l'insuffisance cardiaque congestive (IF) nécessitant une assistance médicale chez les personnes vivant en milieu communautaire.	Le NHIS recueille des informations sur toutes les blessures nécessitant des soins médicaux pour un membre de la famille au cours des trois mois précédant l'entretien. Échantillon d'adultes (qui répondraient eux-mêmes) afin d'éviter les réponses par procuration. Six groupes d'âge et de sexe ont été pris en compte dans cette étude : 18 ± 44 ans (jeunes adultes), 45 ± 64 ans (adultes d'âge moyen) et 65 ans et plus (personnes aînées).	Analyse de d'une base de données existantes. Les chutes avec blessures **au cours des trois derniers mois** ont été identifiées à l'aide des codes de la Classification internationale des maladies (CIM-9): E880-E888, « Chutes accidentelles ». Les données du NHIS (1997-2010) ont été extraites et analysées. Les circonstances (lieu, activité, facteurs environnementaux, etc.) ont été analysées.	Les figures de cette étude sont présentées à l'**annexe 9** car elles résument bien les nombreux résultats selon les groupes d'âge et de sexe. 414 044 adultes interrogés sur la période de 14 ans (1997-2010), 4 018 (1 %) ont déclaré avoir subi au moins une chute avec blessure **au cours des trois derniers mois**. Parmi les hommes qui ont chuté (n= 727), 22,4 % avait 65 ans et plus. Parmi les femmes qui ont chuté (n= 1178), 34,5 % avait 65 ans et plus. **Femmes de 65 ans et plus :** 32,8 % des chutes à l'extérieur (à l'extérieur de la maison : 17,6%); **61,9 % des chutes à l'intérieur** (escaliers 6,1%, chambres 5,7 %). **Hommes de 65 ans et plus** : 48,1 % des chutes à l'extérieur (à l'extérieur de la maison : 30,9 %); **47,6 % des chutes à l'intérieur** (salle de bain 5 %). La proportion de chutes avec blessure survenues en intérieur augmentait avec l'âge chez les deux sexes (22 %, 30 % et 48 % chez les hommes, et 40 %, 49 % et 62 % chez les femmes pour les tranches d'âge 18-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus, respectivement). Dans chaque tranche d'âge, la **proportion de chutes avec blessure en intérieur était plus élevée chez les femmes** que chez	Chutes qui causent des blessures seulement et a cours des 3 derniers seulement. Les données issues des textes narratifs de l'enquête peuvent être limitées par l'exhaustivité et la cohérence du texte disponible. Des mots peuvent être oubliés, perdus, tronqués ou abrégés par ceux qui rapportent et/ou enregistrent les récits.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			les hommes. Pour les 65 ans : femmes 61,9%; hommes 47,6 %. Chez les femmes, l'utilisation des escaliers était la deuxième activité principale (après la marche) au moment de la chute avec blessure (19 %, 14 % et 10 % chez les femmes pour les tranches d'âge 18-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus, respectivement). Les **chutes avec blessures liées à un trébuchement** augmentaient avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes, et les femmes étaient plus susceptibles de trébucher que les hommes dans toutes les tranches d'âge. Parmi toutes les tranches d'âge, le taux de chutes avec blessures lors de **l'utilisation d'échelles** était le plus élevé chez les hommes d'âge moyen (3,3 pour 1 000 personnes-années, IC à 95 % : 2,0 - 4,5). Les objets volumineux, les escaliers et les marches, ainsi que la contamination des surfaces étaient les trois dangers les plus fréquemment observés, représentant respectivement 15 %, 14 % et 13 % des blessures liées à une chute.	
Chippendale, T. (2017, États-Unis) [44] But de l'étude : Explorer les expériences, les connaissances et les pratiques en matière de prévention des chutes chez les personnes âgées ayant subi une chute à l'extérieur	Étude transversale utilisant une méthode mixte. Méthodologie de numérotation téléphonique aléatoire pour le recrutement de personnes aînées de 55 ans et plus vivant en communauté dans la ville de New York et ayant déjà fait une chute; Doit parler	Outdoor Falls Questionnaire (OFQ) : antécédents de chute, risques perçus de chute en extérieur, les stratégies de prévention utilisées et les expériences de chute. - Série de questions de type Likert, complétées par des questions ouvertes sur la dernière chute	120 personnes recrutées (âge moyen : 66,7 ans) : - 55% de femmes - 70.8% vit en milieu urbain - 85 chuteurs extérieurs (femmes : 57,6 %; hommes : 42,4 %) - 35 chuteurs à l'intérieur (femmes : 48,6 %; hommes : 51,4%). Chuteurs extérieurs (85 participants) : - 28 (32.9%) avec blessures mineures (éraflures, contusions)	Étude auprès d'un petit échantillon dans une seule ville aux USA. Biais de réponse en raison d'un pourcentage élevé de personnes ayant chuté à l'extérieur vs les rapports d'études précédentes : le

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
et évaluer les besoins afin de contribuer à l'élaboration d'un programme de prévention des chutes en extérieur pour les personnes aînées vivant en milieu urbain et périurbain.	anglais; Être en mesure de se déplacer dans la communauté (avec ou sans aide technique).	à l'extérieur, le cas échéant, et sur ce que les participants considèrent comme les causes et les stratégies les plus importantes pour prévenir les chutes.	- 18 (21.2%) avec blessures modérées (douleurs ou courbatures prolongées affectant la capacité fonctionnelle) - 9 (10.6%) avec blessures graves (fractures, des lésions de la coiffe des rotateurs, des coupures nécessitant des sutures ou d'autres blessures orthopédiques nécessitant une intervention chirurgicale) Causes des chutes (qualitatif) : - Caractéristiques de l'environnement : des objets (p. ex. poteau métallique, branche, pierres, attelage de remorque), l'état de la surface (p. ex. glissante/mouillée, inégale ou en pente), ainsi que les escaliers (en particulier aux entrées) - Liées à l'activité : pratique d'activité physique, ouverture et fermeture de porte - Comportement : Le port de chaussures inadaptées (trop grandes, sans semelles antidérapantes ou à talons), ne pas regarder où l'on met les pieds, ne pas faire attention et de marcher trop vite. - Facteurs multiples : la précipitation et une surface verglacée, le fait d'être distrait/de parler avec d'autres personnes et le mauvais état de la chaussée, ou le fait de porter trop d'objets et une surface inégale Perception des risques (quantitatif) : - Perçu comme risques : état des rues/trottoirs (53 %) et conditions météorologiques (79 %) - Non perçu comme un risque : parkings/garages (75 %) et aires de loisirs (69 %)	sujet de l'enquête avait été révélé aux répondants avant de répondre aux questions. Peu d'informations recueillies sur l'exposition individuelle aux risques de chute à l'extérieur. Difficultés de compréhension pour les personnes souffrant d'une perte auditive et l'impossibilité d'observer le langage corporel comme autre source d'information. Collecte rétrospective d'informations sur la chute à l'extérieur la plus récente, ce qui pourrait avoir introduit un biais en raison de la difficulté à se souvenir avec précision.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			Stratégies de prévention (quantitatif) : - Mentionnées comme utilisées : balayage visuel (82,4 %) et utilisation des rampes 80 % - Mentionnées comme non utilisées : demander de l'aide (85 %), signaler le problème à la ville (67 %) et utiliser des lunettes à simple foyer (62 %) Stratégies de prévention (qualitatif) : - Être vigilant et attentif - Connaitre ses limites - Prendre son temps. - Porter de bonnes chaussures. - Utiliser des aides techniques (par exemple, des rampes, une canne si nécessaire). - Soutien social (demander de l'aide ou voyager avec quelqu'un). - Éviter les sorties à l'extérieur (par mauvais temps ou si la visibilité est réduite). - Faire de l'exercice. Réponses aux chutes (qualitatif) : 1. Réactions émotionnelles : peur de tomber et la gêne 2. Réponses comportementales : - L'utilisation de stratégies de prévention des blessures, pendant la chute, le recours ou le refus des services de santé et des changements de comportement à l'avenir - Recherche/évitement des soins de santé : réponses comme se rendre immédiatement dans une clinique sans rendez-vous ou aux urgences, retarder la recherche de services et ne jamais consulter un médecin - Changement de comportements visant à prévenir de futures chutes : éviter certaines zones ou caractéristiques environnementales, adoption de	

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			pratiques de marche plus sûres, comme ralentir ou être plus attentif, et le port de chaussures plus adaptées Rôles de l'entourage (qualitatif) : Inconnus ou voisins qui aident à se relever ou qui ont appelé une ambulance après la chute, conseils prodigués par des amis ayant une formation dans le domaine de la santé et conseil de poursuivre en justice le responsable d'un danger pour la sécurité environnementale qui avait précipité la chute Discussion : Un certain nombre de participants n'ont pas consulté de médecin après une chute. La gêne, une réaction émotionnelle décrite par certains participants, peut influencer la volonté des personnes de signaler une chute. Il est également possible que, comme seulement 10 % de notre échantillon ont subi une blessure grave, certains aient estimé qu'à moins qu'une intervention médicale ne soit nécessaire, il n'y avait aucune raison de signaler une chute à un professionnel de santé. **Étant donné la réticence des personnes à signaler une chute, il est important, pour la pratique, de demander directement aux personnes aînées si elles ont déjà fait une chute (au cours de la dernière année ou depuis leur dernière consultation), puis de décrire les circonstances de la chute et ses conséquences, afin de guider une évaluation plus approfondie.** L'analyse a révélé divers besoins non satisfaits en matière d'éducation et de formation, notamment sur l'importance du port de lunettes unifocales, la compréhension des risques de	

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			chute associés aux aires de loisirs et aux stationnements, les stratégies de marche sécuritaires en extérieur, le transport sécuritaire d'objets sur des surfaces planes et irrégulières, ainsi que la montée et la descente d'escaliers, et la sécurité lors de l'ouverture et de la fermeture des portes.	
Chippendale, T. (2018, États-Unis) [43] But de l'étude : comparer les expériences et les caractéristiques des personnes âgées vivant dans la communauté qui s'inquiètent ou non des chutes à l'extérieur	Idem Chippendale, 2017 : Étude transversale utilisant une méthode mixte. Méthodologie de numérotation téléphonique aléatoire pour le recrutement de personnes aînées de 55 ans et plus vivant en communauté dans la ville de New York et ayant déjà fait une chute - Doit parler anglais - Être en mesure de se déplacer dans la communauté (avec ou sans aide technique)	Idem Chippendale, 2017 Historique des chutes : question sur combien de fois ils sont tombés à l'intérieur et à l'extérieur sur deux questions de l'échelle de Likert. La peur de chuter face aux chutes en extérieur : deux questions de l'échelle internationale d'efficacité des chutes (échelle de Likert à 4 points) Yardley et al., 2005) 1) niveau d'inquiétude ressenti lors des promenades dans le quartier 2) niveau d'inquiétude ressenti en allant faire ses courses	Même échantillon que Chippendale 2017 [44] : 120 personnes ont été recrutées (âge moyen : 66,7 ans; femmes 55%; vit en milieu urbain : 70,8 %): 85 chuteurs extérieurs (femmes : 57,6 %; hommes : 42,4 %) et 35 chuteurs à l'intérieur (femmes : 48,6 %; hommes : 51,4%). Hypothèse 1 : l'environnement du quartier aurait une incidence sur la peur de tomber à l'extérieur - Différence non significative entre les quartiers de résidence des personnes qui craignent de tomber à l'extérieur et celles qui n'ont pas cette crainte - Les chutes sur les trottoirs et les escaliers sont beaucoup plus fréquentes chez les personnes ayant une peur de chuter - La prévalence de la chute en extérieur était de 40 % chez les personnes n'ayant jamais fait de chute en extérieur et de 58,8 % chez celles en ayant fait. Hypothèse 2 : les participants préoccupés par les chutes à l'extérieur identifieraient davantage de dangers et utiliseraient davantage de stratégies - Le nombre de risques perçus et les stratégies utilisées pour la prévention étaient différents entre les groupes ($p < 0,001$) - Les stratégies comportementales étaient plus couramment utilisées après une chute chez les personnes	Idem Chippendale, 2017. En raison de la mesure transversale, il n'est pas possible de déterminer à quel moment les stratégies de prévention identifiées dans les réponses quantitatives des participants ont été adoptées (c'est-à-dire avant ou après une chute).

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			ayant une crainte de tomber à l'extérieur Hypothèse 3 : l'inquiétude serait plus fréquente chez les femmes, les participants plus âgés, ceux présentant des symptômes dépressifs et ceux souffrant de troubles fonctionnels - Différences significatives ont été observées entre les groupes en termes de sexe et d'âge (p = 0,01) - Différences significatives ont également été observées entre les deux groupes en ce qui concerne l'utilisation d'un dispositif d'assistance - Seules les personnes ayant des inquiétudes concernant les chutes à l'extérieur ont déclaré des facteurs intrinsèques comme cause de leur chute. Hypothèse 4 : L'expérience personnelle des chutes en plein air aura plus d'importance que les expériences indirectes vécues par des amis ou des membres de la famille - L'ampleur de l'effet était plus importante pour les différences dans le nombre de chutes à l'extérieur que pour le fait qu'un ami ou un membre de la famille ait fait une chute à l'extérieur.	
Chippendale, T. (2019, États-Unis) [42] But de l'étude : explorer les facteurs associés à l'utilisation de stratégies de prévention des chutes à l'extérieur et comparer l'utilisation de ces stratégies chez les	Idem Chippentale, 2017	Idem Chippentale, 2017 Une régression stepwise backward a été utilisée pour étudier les facteurs associés à l'utilisation de stratégies de prévention des chutes en extérieur	Même échantillon que Chippendale 2017 [44] : 120 personnes ont été recrutées (âge moyen : 66,7 ans; femmes 55%; vit en milieu urbain : 70,8 %): 85 chuteurs extérieurs (femmes : 57,6 %; hommes : 42,4 %) et 35 chuteurs à l'intérieur (femmes : 48,6 %; hommes : 51,4%). Corrélations entre les caractéristiques des participants et la stratégie de prévention des chutes à l'extérieur	Idem Chippendale, 2017 Déclarations des participants concernant l'utilisation de stratégies peuvent refléter certaines inexactitudes liées à des biais de mémoire

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
personnes ayant déjà fait une chute à l'extérieur et celles n'ayant jamais fait de chute à l'extérieur			1. Corrélations positives statistiquement significatives : - Entre l'utilisation de stratégies et la crainte de chuter ($p < 0,01$) - Entre l'utilisation de stratégies et le quartier ($p < 0,01$)* - Entre l'utilisation de stratégies et les risques de chute identifiés ($p < 0,01$) - Entre la crainte de chuter et l'âge ($p < 0,05$) - Entre la crainte de chuter et le quartier ($p < 0,05$) - Entre la crainte de chuter et l'identification des risques de chute ($p < 0,01$) - Entre l'identification des risques de chute et le genre ($p < 0,01$) 2. Corrélations négatives statistiquement significatives : - Entre l'utilisation de stratégies et le niveau d'éducation ($p < 0,01$) - Entre la crainte de chuter et l'éducation ($p < 0,01$) - Entre le quartier et l'éducation *les résidents des banlieues ont déclaré utiliser des stratégies de prévention dans une plus large mesure que les citadins. Aucune différence significative n'a été constatée pour d'autres stratégies, telles que contourner les fissures et les surfaces irrégulières, choisir des itinéraires alternatifs, transporter moins d'objets, communiquer avec les conducteurs, éviter d'utiliser son téléphone portable en marchant, utiliser des lunettes unifocales, etc.	
Choi, G. (2019, États-Unis) [45] But de l'étude : Examiner l'association entre les maladies chroniques, les	Les données proviennent des fichiers de l'enquête nationale américaine sur la santé de 2013 à 2017 (n = 1 840 répondants âgés de plus de 60 ans et	Échantillon de 1840 personnes aînées de 60 ans et plus, ayant subi des blessures à la suite d'une chute. L'épisode de chute le plus récent a été utilisé pour l'analyse.	Caractéristiques des 1840 personnes : femmes (65,6%); 60-69 ans (38,3%); 70-79 ans (30%); 80 ans et plus (65,6 %). Vit seul (38,8 %). <u>Lieux des chutes (hommes et femmes ensemble)</u> : intérieur de la	La fiabilité et la validité des données sur les chutes et le recours aux soins de santé déclarées par les personnes

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
troubles sensoriels et mnésiques, ainsi que les caractéristiques des blessures associées aux visites aux urgences et aux hospitalisations chez les personnes aînées ayant reçu des soins médicaux pour des blessures liées à une chute au cours d'une période de référence de 91 jours.	victimes de chutes dans les 91 jours précédant. Trois groupes : ceux qui n'ont pas visité les urgences ni été hospitalisés pour leur blessure due à une chute, ceux qui ont visité les urgences uniquement et ceux qui ont été hospitalisés.	3 sous-groupes de chuteurs: (1) à l'intérieur du domicile, (2) à domicile mais à l'extérieur (par exemple, dans le jardin, sur la terrasse) et (3) hors du domicile.	maison (51,5%); extérieur de la maison (23,8 %); ailleurs qu'à la maison (24,8%). <u>Activités durant les chutes (hommes et femmes ensemble)</u> : Sol/Rez-de-chaussée (40%); Escalier/marche/escabeau (13,8 %); Lit/fauteuil/canapé (7,4 %); Bordure/trottoir (7,3 %) Baignoire/douche/toilettes (3,9 %); autres (27,8 %). <u>Causes des chutes</u> : Glissements/trébuchements (59 %) Perte d'équilibre/étourdissements (24,4 %); Autre (23,5%) **Parmi les 1840 personnes (âges et sexe confondus) :** - 72,5 % ont consulté un médecin ou une clinique, des stratégies d'évaluation des risques de chute et de prévention devraient être intégrées aux soins primaires. - 36,9 % ont contacté un professionnel de la santé - Visite à l'urgence 51,8 % - Utilisation des services ambulanciers ou premiers répondants : 31,5 % - Hospitalisation : 19,4% Pas de visite à l'urgence ou d'hospitalisation (hommes et femmes ensemble): 60-69 ans (45%); 70-79 ans (29,2%); 80 ans et plus (25,8%). Visite à l'urgence seulement (hommes et femmes ensemble): 60-69 ans (36,4%); 70-79 ans (29,4%); 80 ans et plus (34,3%). Hospitalisation (hommes et femmes ensemble): 60-69 ans (25,4%); 70-79 ans (33,1%); 80 ans et plus (41,5%).	aînées elles-mêmes ou par leurs proches n'ont pas été vérifiées. Deuxièmement, la période de référence étant de 91 jours, de nombreuses personnes aînées ayant subi des chutes avec préjudice avant cette période n'ont pas été incluses et les taux annuels de chutes n'ont pas pu être calculés.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			Une analyse multivariée a montré que les maladies pulmonaires et les troubles de la mémoire étaient associés à un risque plus élevé de se rendre uniquement aux urgences ; les blessures à la hanche et à la tête, les blessures au visage et les fractures (de tout type de blessure) étaient plus susceptibles d'entraîner une hospitalisation que les autres blessures. Les blessures liées à une chute subie à domicile, les chutes dues à une perte d'équilibre ou à des étourdissements et le fait de vivre seul étaient également plus susceptibles d'entraîner une hospitalisation.	
Kuspinar, A. (2019, Canada) [58] But de l'étude : Élaborer et de valider un algorithme de prédiction des premières chutes chez des personnes aînées bénéficiant de soins à domicile n'ayant pas chuté au cours des 90 derniers jours.	Base de données de l'Ontario sur une cohorte de 88 690 bénéficiaires de soins à domicile entre 2002 et 2014 n'ayant pas chuté au cours des 90 derniers jours et ayant fait l'objet d'un suivi sur 6 mois.	Analyse d'une base de données existante. La variable dépendante était les chutes au cours des 90 derniers jours lors du suivi (0 chute vs 1 chute ou plus). Les variables utilisées pour distinguer les niveaux de risque de chute étaient : le principal mode de locomotion à l'intérieur, la démarche instable, l'âge, le sexe, l'échelle de performance cognitive, la hiérarchie des activités de la vie quotidienne, l'échelle de la douleur, la maladie de Parkinson, la gestion des médicaments, l'incontinence urinaire, la détérioration des	Caractéristiques de la cohorte : Groupes d'âge : âge moyen = 77 ans; moins de 65 ans (17 %), 65-79 ans (33 %); 80 ans et plus (51 %); Femmes (65 %); Vit seul (34 %); Incontinence urinaire (24 %); Démarche instable (53 %); Aucun trouble cognitif (47 %); Se sent en mauvaise santé (19 %). 1stFall a identifié des combinaisons de 13 facteurs de risque qui prédisent une première chute chez les clients des services de soins à domicile n'ayant pas chuté au cours des 3 derniers mois. La variable racine a été divisée selon que les personnes étaient **ambulatoires** (avec ou sans aide à la marche) **ou non ambulatoires en intérieur** (utilisation d'un fauteuil roulant ou d'un scooter). Les personnes ambulatoires ont été divisées selon qu'elles présentaient ou non une **démarche instable**. **Six catégories de risque d'une première chute**: 5-10 %, 11-15 %, 16-20 %, 21-25 %, 26-30 % et 31-35 %.	L'historique des chutes reposait sur une période de rappel de 90 jours et sur des données autodéclarées, ce qui a pu entraîner une sous-déclaration ou un biais de rappel.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
		activités de la vie quotidienne, l'instabilité de l'état de santé et la mobilité au lit.	Le pourcentage de chutes augmentait avec chaque catégorie de risque. En Ontario, les taux de chutes variaient de 9 % (groupe à faible risque) à 38 % (groupe à risque élevé). Au Manitoba, les taux de chutes variaient de 4 à 27 %, en Alberta, de 11 à 50 % et en Colombie-Britannique, de 17 à 40 %. **Risque le plus élevé de chute :** personnes présentant une démarche instable, des troubles cognitifs, un syndrome parkinsonien et un état de santé instable. **Risque modéré de chute** : personnes ne présentant pas de démarche instable, mais présentant des troubles cognitifs, des douleurs et une diminution de la gestion des médicaments. **Risque plus faible de chute** : personnes sans troubles cognitifs, douleurs ou difficultés à gérer les médicaments.	
Kihara, Y. (Japon, 2019) [40] But de l'étude : Étudier les caractéristiques fonctionnelles des personnes aînées ayant fait une chute pendant la saison hivernale et pendant les autres saisons.	403 personnes aînées de 75 ans ou plus (âge moyen = 80 ans), et (58,1 % femmes) inscrites au projet « Activité inspirante et basée sur la population pour les personnes très âgées » et vivant dans des régions froides et enneigées du Japon. En fonction de leurs antécédents de chutes, ils ont été répartis en trois groupes : le groupe sans chute, le groupe avec chute hors hiver (avril à novembre) et	Pour évaluer la fréquence des chutes, les participants ont répondu à la question « Avez-vous fait une chute cette année ? » par « oui » ou « non ». S'ils répondaient « oui », d'autres questions leur étaient posées concernant l'heure et la saison de la chute. Le groupe des personnes ayant chuté a été divisé en deux sous-groupes : chutes hors hiver (n= 80) et chutes durant	Parmi tous les participants, 31,5 % avaient fait une chute toutes saisons confondues, dont 64,6 % femmes. 37 % des participants avaient chuté durant l'hiver. Il n'y avait pas de différence significative entre les sexes et les âges. La vitesse de marche maximale dans le groupe ayant fait une chute hors hiver était significativement plus lente que celle du groupe ayant chuté l'hiver. En ce qui concerne **les niveaux d'activité physique en hiver**, le groupe ayant fait une chute hors hiver présentait des niveaux nettement inférieurs à ceux du	L'étude n'a pas recueilli d'informations sur le lieu, les circonstances et le moment où la chute s'est produite. Peu de participants

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
	le groupe avec chute en hiver (décembre à mars).	l'hiver (n= 47). Lorsque les participants ont déclaré avoir fait une chute à la fois en saison hivernale et hors saison hivernale, ils ont été classés dans le groupe des chutes hors hiver afin de déterminer s'ils avaient fait une chute, même en l'absence de contraintes environnementales.	groupe ayant chuté l'hiver et peut servir d'indicateur de risque chute.	
Moles Julio, M.P. (2020, Espagne) [56] But de l'étude : décrire les caractéristiques et les circonstances des chutes chez les personnes aînées vivant dans la communauté.	Un échantillonnage randomisé (n= 640) et une participation volontaire (n= 326) ont été utilisés pour inclure un total de 966 personnes aînées de 75 ans et plus, vivant en maison individuelle et titulaires d'une carte d'assurance maladie. Les données ont été obtenues dans le cadre de l'Enquête sur la fragilité des personnes aînées à Lérida (enquête FRALLE).	Entretien individuel mené par des infirmières préalablement formées à la procédure de collecte de données. Nombre de chutes **dans la dernière année** ainsi que les caractéristiques et circonstances de la plus récente chute ont été analysées.	Caractéristiques des participants (n= 966) : femmes (57,5 %); âge moyen = 81,4 ans. Parmi l'ensemble des participants (n=966), la **prévalence des chutes était de 25,9 % dans la dernière année**. <u>Lieux des chutes (âges et sexe confondus)</u>: - À la maison (52,6 %) - Dans une place publique (8 %) - Dans la rue (37,8 %) Dans la maison : - Chambre (14,1 %), salle de bain (8,8 %) <u>Circonstances des chutes (âges et sexe confondus)</u>: - Première chute : 29,3 % - Saisons : Printemps (19,7 %), Hiver (19,7 %), été (14,1 %), automne (22,5 %) - Moment de la journée : Matin (54,6%), après-midi (30,9 %), nuit (12,9 %) - Cause perçue : accident (43 %), étourdissements/vertiges (8,4 %), ne se souvient pas (10,8%), autres (32,5 %) - Tombé à plat ventre : oui (63,9 %) - Incapable de se relever seul (8,8 %)	L'échantillonnage a été réalisé différemment dans les deux villes. Cependant, la taille de l'échantillon obtenue permet une représentativité de l'échantillon.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			Les 85 ans et plus chutent plus souvent à la maison (77,9% vs 44,1%), en portant des pantoufles (50,7 % vs 37,1 %), sur un sol lisse (72,9 % vs 42,9%); ils chutent moins en présence d'un objet (18,8 % vs 35,3%) et à plat ventre (59,4 % vs 66.7%).	
Lee, S. (2021, États-Unis) [49] But de l'étude : examiner les facteurs de risque environnementaux intérieurs et extérieurs liés aux chutes et a comparé les données concernant les hommes et les femmes parmi les personnes aînées américaines, à l'aide de données d'une étude nationale (Étude NHATS, 2011)	6 680 adultes de 65 ans et plus vivant en communauté aux États-Unis. Cette étude a exclu les répondants résidant en maison de retraite (n = 468) ou dans des structures similaires (n = 412) et les répondants qui ne pouvaient pas répondre par eux-mêmes (n = 517). Des régressions logistiques ont été utilisées pour identifier les risques environnementaux intérieurs et extérieurs associés aux chutes, stratifiés par sexe après ajustement des caractéristiques sociodémographiques, de santé et des comportements.	Analyses de données déjà existantes. Variable dépendante dichotomique : Présence ou non d'au moins une chute dans les 12 mois précédent. Variables explicatives dichotomiques : risque environnemental selon deux dimensions : (a) environnements intérieurs (par exemple, la cuisine, le salon au sein du domicile) ; (b) environnements extérieurs (par exemple, le jardin, le chemin d'accès, les rues ou les trottoirs).	Dans l'échantillon total (n= 6680) : 57,4 % de femmes; 29,6 % ont rapporté une chute dans les 12 mois précédent. Les femmes présentaient une prévalence de chutes plus élevée (31,8 % vs 26,6 %). Dans l'échantillon total, 13,7 % ont rapporté des risques environnementaux intérieurs et 21,9 % des risques environnementaux extérieurs. Les femmes présentant des dangers environnementaux intérieurs (OR = 1,37, IC à 95 % = 1,04-1,79) présentaient un risque de chute plus élevé, tandis que chez les hommes, la présence de dangers environnementaux extérieurs (OR = 1,34, IC à 95 % = 1,02-1,75) était associée aux chutes. La probabilité de chute augmentait avec la présence de dangers environnementaux intérieurs, tant chez les hommes que chez les femmes. Alors que la probabilité de chute augmentait avec la présence de dangers environnementaux extérieurs chez les hommes, elle diminuait légèrement avec la présence de dangers environnementaux extérieurs chez les femmes. Un mauvais état de santé auto-évalué, la dépression, la prise de médicaments et la fréquence des	Cette étude repose sur des données transversales, ce qui limite la capacité à déterminer les relations de cause à effet entre l'environnement et les chutes selon le sexe.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			sorties à l'extérieur étaient significativement associés aux chutes chez les femmes, mais pas chez les hommes, après ajustement pour toutes les variables.	
Kakara, R.S. (2021, États-Unis) [47] But de l'étude : Examiner les variations saisonnières des visites aux urgences liées aux chutes chez les personnes aînées et déterminer si elles diffèrent selon le lieu de la chute (intérieur ou extérieur), la tranche d'âge et le sexe de la personne qui a chuté.	Données administratives sur les visites aux urgences liées aux chutes, issues du **Système national de surveillance électronique des blessures ("National Electronic Injury Surveillance System-All Injury Program (NEISS-AIP")** de 2015, ont été analysées selon la saison de la visite aux urgences, le lieu de la chute et les caractéristiques démographiques des adultes de 65 ans et plus.	Saison et le lieu des chutes non mortelles ayant entraîné une consultation aux urgences chez les adultes de 65 ans et plus. Données de la première consultation aux urgences pour blessure à la suite d'une chute. Si le récit indiquait que la chute avait eu lieu dans un centre d'hébergement tel qu'une maison procurant des soins de longue durée, une résidence avec services (pour gens non autonomes) ou un autre type d'établissement, la personne était considérée comme vivant hors de la communauté. Si le récit ne mentionnait pas ces mots-clés, la personne était considérée comme vivant dans la communauté.	Les 38 645 récits représentaient 3,04 millions de visites aux urgences liées à des chutes chez les personnes aînées en 2015. 34 336 (88,8%) récits étaient pour des gens qui vivaient dans la communauté. Environ 65 % de ces visites étaient effectuées par des femmes. Chez les hommes vivant en communauté, le pourcentage de visites aux urgences liées à une chute était le plus élevé en hiver (27,3 % ; IC à 95 % = 26,3, 28,4) par rapport au printemps (24,8 % ; IC à 95 % = 23,9, 25,8), à l'été (24,3 % ; IC à 95 % = 23,3, 25,2) et à l'automne (23,6 % ; IC à 95 % = 22,6, 24,5). Un pourcentage plus élevé de visites aux urgences était produit en raison d'une chute subie à l'extérieur en hiver (29,8 %, IC à 95 % = 28,4, 31,2) par rapport au printemps (25,8 %, IC à 95 % = 24,5, 27,1), à l'été (22,2 %, IC à 95 % = 20,9, 23,4) et à l'automne (22,2 %, IC à 95 % = 20,9, 23,5). Les hommes présentaient un pourcentage plus élevé de blessures à l'extérieur en hiver (31,4 %, IC à 95 % = 29,2, 33,6) qu'au printemps (26,4 %, IC à 95 % = 24,3, 28,4), en été (20,7 %, IC à 95 % = 18,8, 22,6) et en automne (21,5 %, IC à 95 % = 19,6, 23,4). Les personnes aînées de 65 à 74 ans se rendaient davantage aux urgences en raison d'une chute à l'extérieur en hiver qu'à d'autres saisons.	Seuls les récits mentionnant un événement météorologique dans les notes ont été considérés comme liés aux conditions météorologiques. Par conséquent, les blessures liées aux conditions météorologiques pourraient avoir été sous-estimées. **Les données n'incluent pas toutes les chutes, mais uniquement celles qui ont nécessité des soins aux urgences.**

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			Sur les 6 485 blessures par chute survenues en extérieur, 1 092 ont été signalées comme étant liées aux conditions météorologiques. Environ 97 % de ces blessures ont été attribuées à des glissements ou des trébuchements sur la glace ou la neige (données non présentées). Le reste était dû à la pluie. Parmi toutes les blessures par chute survenues à l'extérieur, 34,4 % en hiver étaient liées aux conditions météorologiques, contre 14,5 % au printemps, 0,9 % en été et 1,5 % en automne. Parmi les blessures par chute survenues à l'extérieur chez les hommes, un pourcentage plus élevé (17,2 %, IC à 95 % = 15,5 ; 18,9) était lié aux conditions météorologiques que chez les femmes (12,7 %, IC à 95 % = 11,4 ; 13,9). Parmi toutes les blessures par chute subies en extérieur par les personnes aînées de 65 à 74 ans (18,9 %, IC à 95 % = 17,2, 20,6), un pourcentage plus élevé était lié aux conditions météorologiques que chez les personnes aînées de 75 à 84 ans (11,6 %, IC à 95 % = 10,1, 13,1) et celles âgées de 85 ans et plus (9,8 %, IC à 95 % = 7,8, 11,7).	
Bonnal, L. (2023, France) [57] But de l'étude : identifier le profil des personnes aînées les plus exposées à différents types de blessures non intentionnelles à la maison et dans les loisirs, ainsi que la gravité de celles-ci.	Étude observationnelle transversale Recrutement : utilisation des données de l'enquête de Santé, Assurance et Prévoyance de 2012 et de l'Annuaire statistique annuel de la Direction générale des collectivités locales	Analyse de données déjà existantes dans les bases de données mentionnées. Blessures non intentionnelles à la maison et dans les loisirs (BNIML) **dans les 3 mois précédent**, excluant les accidents de la route et les accidents du travail. Blessure à domicile : dans l'environnement	Échantillon (n= 2381) : - Femmes : 51,8% - Groupes d'âge : 65-69 ans (35,6%) 70-74 (21,1%) 75-79 (19,5%) 80-84 (14,0%) 85 et plus (9,7%). - Vivant dans une grande ville (48,4 %) BNIML : 7,4% (n=176) de l'échantillon ont subi ce type de blessure - corrélé positivement aux problèmes de santé (proportion plus élevée avec au moins 3	Aucune information sur les conditions de logement des personnes ni sur leur environnement quotidien. En ce qui concerne la méthodologie, l'endogénéité possible de l'état de santé n'a pas été pris en compte. On peut supposer qu'il existe certains

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
	Participant : personnes de 65 ans et plus	de la maison ou dans son périmètre (pas seulement à l'intérieur de la maison, mais aussi dans le jardin, le parking, la piscine, etc.) Catégorisation de la sévérité des blessures : 1. Pas de blessure 2. Blessure mineure 3. Blessure majeure (une des éléments suivants) : - limitation d'au moins 48 heures des activités normales - nécessite des soins et une assistance (visite aux urgences, hospitalisation, soins infirmiers, kinésithérapeute, etc.)entraîne des limitations nécessitant une assistance professionnelle Catégorisation des blessures selon le contexte : 1. Sans blessure 2. Blessure grave à domicile 3. Blessure grave à l'extérieur du domicile Indice de santé (0-18) : plus le chiffre est élevé, plus la personne est en santé	problèmes de santé) (57.9%) 80 % des blessures nécessitant des soins médicaux surviennent à domicile. Hommes ont une probabilité 2,1 % plus élevée que les femmes de subir des traumatismes crâniens graves. Le risque de traumatismes crâniens graves augmente considérablement avec le nombre de problèmes de santé. Les personnes de 75 ans ou plus ont une probabilité plus élevée de subir des traumatismes graves que les personnes âgées plus jeunes. Le surpoids diminue légèrement les risques de traumatismes graves d'environ 2,6 %. Une attitude prudente diminue les risques de traumatismes graves d'environ 2,7 %. Une attitude risquée augmente légèrement la probabilité de blessure d'environ 1,7 %. Les personnes vivant dans un quartier où les dépenses sociales pour les personnes âgées de plus de 75 ans sont plus élevées ont plus de risques de se blesser. Les personnes vivant en zone rurale sont plus exposées aux blessures graves à domicile, avec un risque supérieur d'environ 3 %. Le fait de vivre dans une petite ville réduit légèrement la probabilité de blessures graves d'environ 2 %. En cas de difficultés financières, les résultats indiquent une	facteurs non observés qui affectent à la fois la santé et la probabilité de blessure. .

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
		Perception (0-10) des personnes concernant leur santé : plus le chiffre est élevé, moins la perception est bonne Indice de santé passé (PaHI) : troubles du sommeil, troubles de la mémoire, perte de poids involontaire, troubles auditifs et visuels, maladies chroniques et limitations dues à des problèmes de santé (4 variables binaires) - aucun problème de santé - un problème de santé - deux problèmes de santé - trois ou plus problèmes de santé Comportements et préférences : - consommation d'alcool, de tabac et de fruits/légumes - attitude risquée ou prudente (0-10) - préoccupation concernant le futur (0-10)	augmentation de la probabilité de 1,5 %. Le niveau d'éducation, la catégorie socioprofessionnelle, la vie sociale, l'assurance maladie complémentaire et la zone de résidence d'une personne ne sont pas associés à ce type de blessure.	
Adams, C.M. (2024, États-Unis) [41] But de l'étude : examiner les effets de la durée du séjour à l'hôpital, de l'état de santé, du fardeau de la	Étude de cohorte rétrospective. Données recueillies à partir des registres administratifs de l'État sur l'utilisation des soins de santé (Californie) entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2018.	Le taux de chutes entraînant des blessures survenues pendant la période suivant la sortie de l'hôpital. Changements dans l'état de santé : - diagnostic principal pour l'admission	Au total, 736 230 personnes aînées (âge moyen = 76,5 ans, femmes = 52,8 %) ont été incluses dans l'étude. Le groupe ayant fait une chute après la sortie de l'hôpital présentait une prévalence significativement plus élevée de chutes antérieures que les patients n'ayant pas fait de chute, tant lors	Les analyses se sont limitées aux éléments de données disponibles dans les ensembles de données sur l'accès aux soins de santé et l'information, qui ne comprenaient

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
maladie, des antécédents de chutes et du retour à domicile avec soins à domicile sur le risque de chute à domicile des personnes aînées qui sortent d'une hospitalisation en soins aigus.	Participants : patients de 65 ans et plus ayant eu recours à des soins aigus à la suite d'une chute, et qui ont été renvoyés directement à leur domicile avec/sans orientation vers des services de soins. - Inclusion : chutes liées à des causes externes couramment associés aux chutes dans la communauté ont été inclus (par exemple, chutes au même niveau dues à un glissement, un trébuchement ou un faux pas) - Exclusion : causes externes généralement non associés aux chutes à domicile chez les personnes âgées vivant dans la communauté	- score sommaire de l'indice de comorbidité d'Elixhauser (mesure de la gravité des maladies pour prédire la durée du séjour hospitalier) - nombre de jours d'hospitalisation pour l'admission en soins aigus - chute présente à l'admission à l'hospitalisation - visite aux urgences pour une chute dans les 6 mois précédant l'admission - chute pendant l'admission à l'hôpital	de l'admission initiale (12 % contre 5 %) que sur la base des visites aux urgences avant l'admission initiale (12 % contre 5 %). Le taux de chute à domicile après la sortie de l'hôpital était de 7 % (n = 52 0015), dont 62 % était des femmes (n= 32 142) et 33,4 % (n= 17 390) avait 85 ans et plus. Le taux d'incidence des chutes entraînant des blessures était 74,29 fois plus élevé au cours des 7 premiers jours suivant la sortie de l'hôpital après des soins aigus qu'au cours de la période de plus de 90 jours suivant la sortie. Le taux d'incidence des chutes est 34 % plus élevé chez les femmes par rapport aux hommes. Le taux d'incidence des chutes augmente par tranche d'âge de 5 ans par rapport aux 65-69 ans (70-74 ans: 1,3; 75-79 ans: 1,7; 80-84 ans: 2,1; ≥ 85 ans : 2,9). L'indice de comorbidité d'Elixhauser était associée à un risque accru de 7 % de blessures dues à des chutes. Les effets de la durée du séjour à l'hôpital sur le risque de chute variaient en fonction de la durée du séjour : - légère augmentation significative du risque était associée à un séjour de 2 jours - aucune différence significative pour les séjours de 3 à 4 jours - diminution significative du risque pour les séjours de 5 à 30 jours La sortie vers des soins à domicile était associée à une augmentation du risque de chute après la sortie.	pas d'informations sur la prise de médicaments, la diminution des capacités fonctionnelles, les antécédents de chutes sans blessure et la mobilité réduite. Cela a peut-être conduit à une surestimation des effets de période sur le risque de chute.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
			Les patients présentant une blessure due à une chute lors de leur admission initiale avaient un risque plus élevé de chute après leur sortie que ceux dont l'admission n'était pas liée à une chute. Des antécédents de visite aux urgences pour une chute avant l'admission initiale étaient associés à un risque accru de chute après la sortie. Principales catégories diagnostiques présentant le risque de chute le plus élevé : - la consommation d'alcool et de drogues ou les troubles mentaux induits - les maladies et troubles mentaux - les troubles de l'alimentation - les troubles de l'humeur - les troubles de l'alimentation - les blessures, les empoisonnements et les effets toxiques des médicaments - les maladies infectieuses et parasitaires - les maladies de l'appareil respiratoire - les maladies de l'appareil digestif Types de chutes les plus fréquentes : chutes dues à un glissement, un trébuchement ou un faux pas (CIM-10-CM W01) (52 %) et chutes non précisées (ICD-10-CM W19) (29 %).	
Yamada, M. (2024, Japon) [53] But de l'étude : identifier les caractéristiques des chutes chez les personnes aînées de 65 à 74 ans (jeunes	Enquête postale observationnelle auprès de personnes aînées vivant dans la communauté.	Questionnaire postal auto-administré. **Chutes au cours des trois dernières années** : mois, heure, lieu, cause perçue, direction et traumatismes résultant de chaque	3663 personnes ont répondu au questionnaire et 1074 personnes ont fait une chute dans les 3 années précédentes (âge moyen = 75,8 ans, femmes = 55,9 %); vivant seul = 15 %, fragiles = 51,1 %): 65-74 ans: 46,2% 75-84 ans: 38% 85 ans et plus: 15,8%	Cette étude n'évaluait pas l'environnement du domicile. Le risque de chute est susceptible de varier en fonction des facteurs

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Auteur principal / pays / année de publication / but de l'étude	Caractéristiques des participants	Principales variables	Principaux résultats significatifs	Principales limites
seniors), de 75 à 84 ans (seniors) et de 85 ans et plus (seniors très âgés).		chute ont été analysés et comparés entre les 3 différents groupes d'âge. Exclusion des cas de chutes dues à des facteurs environnementaux exceptionnels, tels que les accidents de la route ou les chutes à vélo.	Au total, 1 695 chutes ont été analysées dans cette étude. Les chutes étaient fréquentes en mai et en octobre, ainsi que pendant la saison hivernale, de décembre à février, en particulier entre 10 h et 11 h. Ces caractéristiques des chutes étaient comparables dans tous les groupes d'âge. Lieux des chutes : Intérieur : 65 à 74 ans (39,2 %), 75 à 84 ans (38,2 %), 85 ans et plus (54,5 %). Tous âges confondus : salon (6,4 %), chambre (4 %); Par en avant (45,3 %); trébuchement (32,3 %, perte d'équilibre (21,3 %), glissement (16 %). La proportion de chutes dues à un trébuchement ou à un glissement diminue avec l'âge, tandis que la proportion de chutes dues à une perte d'équilibre ou à un enchevêtrement des jambes augmente. Environ 60 % des personnes aînées victimes de chutes subissent une blessure quelconque, les fractures étant considérées comme les plus graves, survenant dans environ 10 % des cas. Le pourcentage de chutes non traumatiques était de 39,7 %, et diminuait avec l'âge.	environnementaux. Un biais de mémoire pour se souvenir des chutes survenues au cours des trois dernières années. Le pourcentage de répondants qui ne se souvenaient d'aucune chute augmentait avec l'âge. Les chutes graves ayant entraîné le décès ou une invalidité sévère n'ont pas été étudiées, car cette étude portait sur les chutes passées. Par conséquent, les chutes les plus critiques et les plus graves n'ont peut-être pas été prises en compte dans cette étude.

OR : odds ratio ou rapport des cotes ; RR : risque relatif; IC : intervalle de confiance

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2026 – Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.