

2 octobre 2007 / n° 37-38

Numéro thématique - Épidémiologie et prévention des chutes chez les personnes âgées

Special issue - Epidemiology and prevention of falls among the elderly

p.317 **Éditorial - Traumatismes et chutes : améliorer les indicateurs et promouvoir des programmes de qualité**

Editorial - Trauma and falls: improving indicators and promoting quality programmes

p.318 **Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2004**

Fatal home and leisure accidents in metropolitan France, 2000-2004

p.322 **Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France**

Several hundreds of thousands falls in elderly people each year in France

p.325 **Les hospitalisations pour chute chez les adultes âgés : un aperçu québécois**

Fall-related hospitalizations among the elderly: Overview from Quebec (Canada)

p.328 **Les décès par chute en Europe : situation en 2003 et perspectives apportées par le projet Anamort**

Deaths from falls: Situation in Europe in 2003 and perspectives resulting from the ANAMORT project

p.329 **Prévention des chutes des personnes âgées à domicile. Un référentiel francophone de bonnes pratiques en santé communautaire**

Falls prevention of the elderly living at home. Francophone guidelines for good practices in community health

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Bertrand Thélot, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France
et pour le comité de rédaction : Yuriko Iwatsubo, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

Éditorial

Traumatismes et chutes : améliorer les indicateurs et promouvoir des programmes de qualité

Trauma and falls: improving indicators and promoting quality programmes

François Baudier, Directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté, France

Correspondant international du Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, France

Ce numéro thématique du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) porte sur les traumatismes non intentionnels en général et les chutes des personnes âgées, en particulier.

Pendant longtemps, et encore aujourd'hui en France, nous utilisons le terme générique « d'accident » de la circulation, de la vie courante, du travail... Pourtant, l'appellation « traumatisme » vient progressivement se substituer à ce vocable. Il fait alors référence à des événements intentionnels (suicide, violence...) ou non intentionnels (chute, brûlure...), en mettant l'accent sur leurs causes, souvent très diversifiées. Cette approche souligne d'emblée, l'importance des moyens nécessaires pour les prévenir, alors que le terme « accident » est trop souvent rattaché à la notion de fatalité, dans l'esprit du public mais aussi des soignants et des personnes concernées. C'est dans ce contexte, qu'a été créé, il y a maintenant une quinzaine d'années, le Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, évoqué à plusieurs reprises dans ce numéro.

Deux notions doivent être rappelées pour comprendre et agir sur ce problème de santé publique. D'une part, il est essentiel de situer de la façon la plus exhaustive possible l'importance du problème. Les investigations épidémiologiques doivent permettre de répondre à cette question. D'autre part, il semble nécessaire d'engager de vraies actions de promotion de santé qui ne visent pas uniquement les changements de comportements individuels, mais développent avant tout des approches complémentaires de plusieurs types.

Comme le détaillent plusieurs articles de ce numéro, certains indicateurs permettant d'évaluer l'ampleur et les circonstances de ces événements existent en France, en Europe comme au Québec. Ils sont précieux mais restent encore aujourd'hui assez « rustiques » : mortalité, souvent imprécise en raison de la difficulté à connaître le contexte exact du décès, morbidité dont les sources sont principalement hospitalières... Par ailleurs, à côté de cette pointe visible de l'iceberg, il y a des milliers, voire des millions d'accidents qui échappent à notre observation et à notre analyse.

Concernant la situation de nos aînés face aux chutes, ils réclament aussi des programmes très rigoureux et efficaces. C'est l'objet de l'article sur le référentiel de la prévention des chutes. Dans cette perspective, il faut rappeler la double dimension de la prévention, « active » et « passive ». Ces deux approches sont souvent complémentaires, mais font intervenir des mécanismes décisionnels très différents. La prévention dite « passive » mobilise avant tout ceux qui ont le devoir d'agir sur l'environnement, pour limiter les risques d'accidents : aménager, dès sa conception, l'habitat dédié aux personnes âgées, veiller, pour le prescripteur, à éviter une iatrogénie médicamenteuse, cause essentielle des chutes parmi les seniors... L'avantage de cette stratégie est qu'elle bénéficie à tous, sans distinction de niveau social ou éducatif. En revanche, les mesures dites « actives » sont basées sur une responsabilisation des individus et des modifications de comportements bien comprises. Pour de très jeunes enfants ou chez des personnes très âgées, la prévention des chutes ne peut donc pas reposer uniquement sur ces méthodes dites « actives », mais nécessite l'aménagement d'un environnement afin de créer les conditions de vie favorables à la promotion de la sécurité des citoyens, quel que soit leur âge.

Au total, ce numéro souligne les progrès accomplis, mais aussi le chemin qu'il reste à faire.

En effet, les progrès sont déjà très significatifs et prometteurs. Si la réduction spectaculaire et récente des accidents de la circulation est à juste titre soulignée fréquemment par la presse grand public, les évolutions, en terme de baisse de mortalité pour les accidents de la vie courante, restent très confidentielles alors qu'elles sont aussi très encourageantes. Ce succès est probablement lié à une politique volontariste menée depuis plus de vingt ans par les autorités de santé, en particulier en direction des plus jeunes.

Pourtant, comme le constatent les auteurs de ce numéro, il faudra créer dans l'avenir, des dispositifs de recueil plus précis, qui permettent des analyses qualitatives sur les circonstances exactes des accidents. Il conviendra aussi de faire face à la progression spectaculaire attendue du nombre de chutes parmi les personnes âgées (en chiffre absolu). De ce point de vue, ces articles donnent des informations précieuses, non seulement pour comprendre ce phénomène, mais aussi pour agir auprès d'une population vieillissante, en France mais aussi dans toute l'Europe et de l'autre côté de l'Atlantique.

Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2004

Céline Ermanel (c.ermanel@invs.sante.fr)¹, Bertrand Thélot¹, Eric Jougl², Gérard Pavillon²

1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2 / Centre d'épidémiologie des causes de décès, Inserm Le Vésinet, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'objectif de ce travail est de mesurer et de caractériser les décès par accident de la vie courante (AcVC) en France de 2000 à 2004.

Méthode – Les résultats ont été établis à partir d'une liste « accidents » issue des Causes externes de traumatismes de la Classification internationale des maladies, dixième révision, et exprimés en effectifs, en taux bruts et en taux standardisés sur l'âge.

Résultats – En 2004, il y a eu 18 548 décès par AcVC en France métropolitaine (taux brut de 30,6/100 000). Une surmortalité masculine a été trouvée, de 32,5/100 000 chez les hommes *versus* 19,0/100 000 chez les femmes (rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 1,7). Les deux tiers des décès par AcVC sont survenus après l'âge de 74 ans. Les chutes (11,9/100 000), les suffocations (3,6/100 000), les noyades (1,5/100 000), les intoxications (1,3/100 000) et les accidents par le feu (0,70/100 000) ont été les principaux AcVC. On a enregistré une tendance à la diminution du taux de mortalité par AcVC entre 2000 et 2004, surtout chez les moins de 15 ans.

Discussion – Les AcVC restent une cause importante de décès en France. La mesure des décès par AcVC reste entachée d'incertitudes liées au manque de précision de la certification et aux limites de la Classification internationale des maladies utilisée pour le codage des décès. De nombreux décès pourraient probablement être évités par des mesures de prévention et de réglementation adaptées.

Fatal home and leisure accidents in metropolitan France, 2000-2004

Introduction – The aim of this work is to measure and characterize deaths due to home and leisure injuries (HLI) in France from 2000 to 2004.

Method – These results have been established from a list of causes of death due to HLI from the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. They are expressed in number, in crude death rate, and in age-adjusted death rate.

Results – In 2004, 18 548 HLI deaths occurred in France (crude death rate 30.6/100 000). The age-adjusted death rate was 1.7 times higher for males than for females (32.5/100 000 *versus* 19.0/100 000). Two third of HLI deaths occurred after the age of 74 years. Falls (11.9/100 000), suffocations (3.6/100 000), drownings (1.5/100 000), poisonings (1.3/100 000) and fire accidents (0.70/100 000) were the leading causes of HLI. A decreasing trend of the age-adjusted death rate was observed from 2000 to 2004, particularly for people under 15.

Discussion – HLI remain a major cause of death in France. The count of deaths by HLI is still quite uncertain, because of the lack of accuracy in certification, as well as the limits of the International Classification of Diseases used for coding deaths. Many deaths could probably be avoided with adapted prevention and regulation measures.

Mots clés / Key words

Epidémiologie, mortalité, causes médicales de décès, accidents de la vie courante / Epidemiology, mortality, medical causes of death, home and leisure accidents

Introduction

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont définis comme des traumatismes non intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation, ni des accidents du travail [1]. Les données de mortalité en France sont issues de la base nationale des causes médicales de décès, élaborée à partir des certificats de décès par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc-Inserm) [2]. Les causes médicales de décès sont codifiées par le CépiDc, selon la Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10) depuis l'année 2000 [3]. L'objectif de ce travail est de rendre compte des statistiques de décès par accident de la vie courante entre 2000 et 2004 en France métropolitaine, complétant ainsi les résultats publiés antérieurement [4 ; 5].

Méthode

Les décès par AcVC ont été sélectionnés lorsque la cause initiale de décès appartenait à la « liste de référence des AcVC » de la CIM-10 [6]. Les analyses ont été essentiellement effectuées selon la cause initiale du décès, qui est à l'origine de l'enchaînement des causes ayant conduit au décès et sur laquelle il est possible d'agir pour éviter ce dernier. Les décès par chutes accidentelles sont sous-estimés par ce type d'analyse, du fait de la construction de la CIM-10. Une analyse complémentaire a donc été effectuée dans ce cas, dite en « cause multiple », c'est-à-dire en ajoutant aux décès de cause initiale « chutes » selon la CIM-10 (codes W00-W19) les décès codés à la fois en cause initiale « exposition à des facteurs sans précision » (code X59), et en cause associée fracture du fémur (code S72). Par conséquent, il a été considéré qu'un décès avec mention de fracture du fémur en cause associée était le plus souvent dû à une chute. Lorsque les résultats sont établis par la seule analyse en cause initiale, à partir de la liste de référence, une grande partie des décès par chute (de l'ordre de 40 %) se trouve incluse parmi les décès pour « autres accidents non précisés ». L'analyse en causes multiples permet de réaffecter ces décès par chutes dans leur catégorie (ce qui diminue d'autant la catégorie des décès par causes autres et non précisées).

Les résultats sont exprimés en nombre de décès par an, en taux bruts et en taux de mortalité standardisés sur l'âge. Les taux bruts ont été calculés pour 100 000 habitants de la population moyenne de l'année en cours. Les taux de mortalité standardisés sur l'âge ont été calculés selon la méthode de standardisation directe en utilisant la structure d'âge de la population française de 1990. L'indice comparatif de mortalité, rapport en base 100 du nombre de décès observé dans une région au nombre de décès qui serait obtenu si le taux de mortalité pour chaque tranche d'âge était identique au taux national, a été utilisé pour les comparaisons régionales. Le test de Breslow et Day a été utilisé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale était significative.

Résultats

Mortalité par accident de la vie courante en 2004

Les AcVC ont entraîné, en France métropolitaine, 18 548 décès en 2004, ce qui correspond à un taux brut de 30,6/100 000 et à un taux standardisé de 25,0/100 000.

Part des accidents de la vie courante parmi la mortalité générale et les décès par traumatismes

Les décès par AcVC ont compté pour 3,6 % de la mortalité totale (18 548 décès parmi 509 408), mais chez les enfants, ils étaient responsables d'un cinquième des décès d'enfants de 1 à 4 ans (133 décès parmi 636) et d'un décès sur neuf entre 5 et 14 ans (92 décès parmi 800).

Les traumatismes, qui regroupent tous les types d'accidents, les homicides, les suicides et les traumatismes d'intention indéterminée, ont été à l'origine de 37 428 décès en 2004. Les AcVC ont représenté la moitié de ces décès, 40 % pour les hommes (9 019/22 481) et 64 % pour les femmes (9 529/14 947). Chez les moins de 15 ans, cette proportion est de 67 % et chez les plus de 65 ans de 72 %. Ils ont contribué à un peu plus des trois quarts des décès pour l'ensemble des accidents (traumatismes non intentionnels, incluant notamment les accidents de la circulation) : 68 % pour les hommes et 87 % pour les femmes.

Caractéristiques démographiques

Parmi les 18 548 décès par AcVC en France métropolitaine en 2004, 9 529 étaient des femmes et 9 019 des hommes. Les décès étaient plus nombreux chez les femmes parce qu'elles étaient plus nombreuses dans la population aux âges avancés. Les différences de taux de mortalité selon le sexe montrent en réalité une surmortalité masculine, de 32,5/100 000 chez les hommes versus 19,0/100 000 chez les femmes (sex-ratio = 0,95 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 1,7). Les deux tiers des décès par AcVC sont survenus chez les 75 ans et plus (12 037 décès). La répartition selon l'âge et le sexe montre une fréquence élevée de femmes de 75 ans et plus (42 %) et d'hommes âgés de 45 ans et plus (40 %). Le taux de mortalité par AcVC a varié selon l'âge, atteignant son minimum entre 5 et 14 ans (1,2/100 000), et culminant au-delà de 75 ans (plus de 100/100 000), (tableau 1).

Lésions traumatiques, lieu de décès

Les blessures provoquées par un AcVC étaient principalement situées au niveau de la hanche (25 %) et de la tête (20 %). Il s'agissait le plus souvent de fracture (34 %) et d'atteinte des organes internes (21 %). Un peu plus de la moitié des décès par AcVC a eu lieu dans un établissement hospitalier (53 %), puis à domicile (25 %), dans une maison de retraite (9,3 %), sur la voie publique (5,4 %) et dans un autre lieu (6,9 %).

Disparités régionales de mortalité par accident de la vie courante en 2002-2004

La fréquence des décès par AcVC a varié selon les régions françaises ($p < 0,001$). Quatre régions ont

Tableau 1 Effectifs et taux de mortalité par accident de la vie courante selon l'âge et le sexe, France métropolitaine, 2004 (taux pour 100 000 personnes) / *Table 1* Number and death rate of home and leisure accidents, by age and sex, metropolitan France, 2004 (rate per 100 000 population)

	Hommes		Femmes		Total	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux
< 1 an	29	7,4	26	7,0	55	7,2
1-4 ans	90	5,7	43	2,9	133	4,3
5-14 ans	57	1,5	35	0,97	92	1,2
15-24 ans	309	7,7	80	2,1	389	4,9
25-44 ans	1 064	12,7	275	3,3	1 339	8,0
45-64 ans	1 840	25,2	718	9,5	2 558	17,3
65-74 ans	1 209	52,2	736	24,6	1 945	38,1
75-84 ans	2 338	161	2 543	111	4 881	130
85 ans et plus	2 083	700	5 073	646	7 156	660
Total*	9 019	32,5	9 529	19,0	18 548	25,0

* Taux standardisé.

eu une mortalité significativement plus élevée que la moyenne observée en France métropolitaine (taux standardisé moyen en 2002-2004 de 26,9/100 000) : la Bretagne, le Nord-Pas-de-Calais, la Franche-Comté et la Picardie (taux supérieurs de 10 % à 15 % par rapport à la moyenne). À l'opposé, l'Île-de-France a eu une mortalité significativement plus faible (taux inférieur de 15 % au taux national).

Différents types d'accident de la vie courante en 2004 (tableau 2 et figure 1)

Chutes

Tous âges confondus, les chutes ont constitué la première cause de décès par AcVC (62 % des causes connues). En retenant seulement la chute comme cause initiale de décès, elles ont représenté 5 354 décès en 2004, (2 582 hommes et 2 772 femmes). Comme indiqué plus haut, il est opportun d'analyser ces décès en tenant également compte des causes associées (analyse en causes multiples). On trouve alors 9 289 décès par chute soit 11,9/100 000, dont 3 801 hommes, soit 14,3/100 000 et 5 488 femmes, soit 10,1/100 000. Bien qu'en nombre absolu les décès de femmes aient été plus nombreux, on observe en fait une surmortalité masculine (sex-ratio = 0,69 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 1,4). Plus des trois quarts des décès par chute sont survenus chez des personnes âgées de 75 ans et plus. Le taux de mortalité a augmenté avec l'âge plus fortement à partir de 75 ans : il était de 71,6/100 000 entre 75 et 84 ans et de 442/100 000 au-delà de 85 ans.

Suffocations

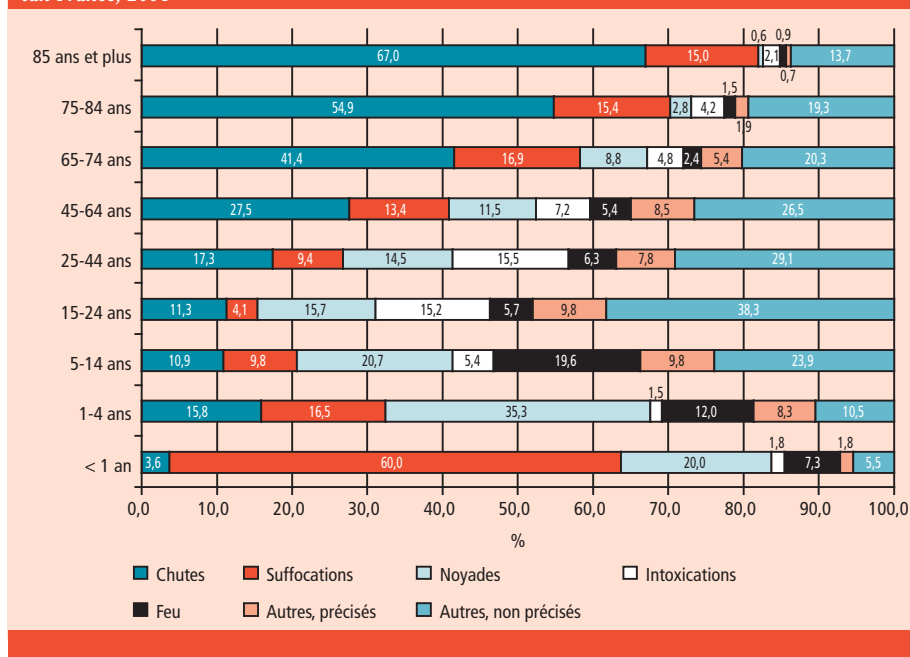
Les suffocations ont provoqué 2 706 décès en 2004, soit 3,6/100 000, dont 1 258 hommes (4,6/100 000) et 1 448 femmes (2,9/100 000), sex-ratio = 0,87 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 1,6. Avant 1 an, les suffocations ont constitué la première cause de décès par AcVC, avec 33 décès, soit 63 % des décès par AcVC de causes connues à cet âge. Plus des deux tiers des décès sont survenus à partir de 75 ans. Le taux de mortalité a augmenté fortement à partir de 75 ans : 20,1/100 000 entre

Tableau 2 Effectifs et taux de mortalité par type d'accident de la vie courante, selon l'âge, France métropolitaine, 2004 (taux pour 100 000 personnes)
Table 2 Number and death rate of home and leisure accident by type and age, metropolitan France, 2004 (rate per 100 000 population)

	Chutes		Suffocations		Noyades		Intoxications		Feu		Autres, précisés		Autres, non précisés	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
< 1 an	2	0,26	33	4,3	11	1,4	1	0,13	4	0,52	1	0,13	3	0,39
1-4 ans	21	0,68	22	0,72	47	1,5	2	0,07	16	0,52	11	0,36	14	0,46
5-14 ans	10	0,14	9	0,12	19	0,26	5	0,07	18	0,24	9	0,12	22	0,30
15-24 ans	44	0,56	16	0,20	61	0,77	59	0,75	22	0,28	38	0,48	149	1,9
25-44 ans	232	1,4	126	0,75	194	1,2	208	1,2	85	0,51	104	0,62	390	2,3
45-64 ans	704	4,7	344	2,3	293	2,0	185	2,5	137	0,92	217	1,5	678	4,6
65-74 ans	806	15,8	328	6,4	172	3,4	94	1,8	46	0,90	105	2,1	394	7,7
75-84 ans	2 679	71,6	753	20,1	137	3,7	205	5,5	74	2,0	92	2,5	941	25,1
85 ans et plus	4 791	442	1 075	99,2	45	4,2	152	14,0	65	6,0	51	4,7	977	90,1
Total*	9 289	11,9	2 706	3,6	979	1,5	911	1,3	467	0,70	628	0,95	3 568	5,0

* Taux standardisé.

Figure 1 Répartition des différents types d'accident de la vie courante selon l'âge, France métropolitaine, 2004 / Figure 1 Distribution of different types of home and leisure accidents, by age, metropolitan France, 2004



trois quarts de ces intoxications ont été causées par des médicaments (prises accidentelles ou erreurs de prescription), les autres étant dues à d'autres substances dont les gaz.

Accidents causés par le feu

Les accidents par le feu ont entraîné 467 décès en 2004, soit 0,70/100 000, dont 273 hommes (0,92/100 000) et 194 femmes (0,52/100 000), sex-ratio = 1,4 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 1,8. Près de la moitié des décédés avait entre 25 et 64 ans. Mais les taux les plus élevés ont été trouvés chez les personnes de 45 ans et plus avec des taux variant de 0,92/100 000 chez les 45-64 ans à 6,0/100 000 chez les 85 ans et plus. Les lésions traumatiques ont été des brûlures (43 %) et des effets toxiques (35 %).

Autres accidents de la vie courante

Les autres AcVC, dont la cause était précisée, ont provoqué 628 décès en 2004, soit 0,95/100 000, dont 501 hommes (1,6/100 000) et 127 femmes (0,33/100 000), sex-ratio = 3,9 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 5,0. Les causes les plus fréquentes ont été les efforts excessifs et les faux mouvements (205 décès), les électrocutions (75 décès), les chocs accidentels (67 décès) et les piqûres - morsures (46 décès). Les autres AcVC, dont la cause n'était pas connue, ont été responsables de 3 568 décès (5,0/100 000, 19 % du total des décès par AcVC), dont 2 029 hommes (7,1/100 000) et 1 539 femmes (3,2/100 000), sex-ratio = 1,3 et rapport des taux = 2,2.

Évolution de la mortalité par accident de la vie courante entre 2000 et 2004

Globalement, le taux de mortalité par AcVC a diminué de 16 % entre 2000 et 2004 (Chi² de tendance non significatif). Cette diminution a été un peu plus importante pour les femmes (-18 %) que pour les hommes (-15 %) (tableau 3). Cette évolution a été très différente selon l'âge. La diminution des taux de mortalité a été plus forte chez les jeunes : -23 % chez les moins de 15 ans, -14 % chez les 15-64 ans et -15 % chez les 65 ans et plus (Chi² de tendance non significatif) (figure 2). Cette évolution a également été plus ou moins importante selon le type d'accidents (tableau 4). Ainsi, les décès par intoxication (-24 %) et par

Tableau 3 Évolution des effectifs et des taux de mortalité standardisés par accident de la vie courante, entre 2000 et 2004, selon le sexe, taux pour 100 000 personnes
Table 3 Trends in numbers and standardised death rates of home and leisure accident from 2000 to 2004, rates per 100 000 population

	2000		2001		2002		2003		2004		Variation 2004/2000 %
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	
Hommes	9 822	38,1	9 600	36,7	9 412	35,6	9 556	35,4	9 019	32,5	-15
Femmes	10 995	23,3	10 895	22,7	10 611	21,6	10 831	22,0	9 529	19,0	-18
Total	20 817	29,9	20 495	29,1	20 023	27,9	20 387	28,0	18 548	25,0	-16

75 et 84 ans et 99,2/100 000 chez les 85 ans et plus. Ces décès ont été très majoritairement liés à l'ingestion d'aliments provoquant l'obstruction des voies respiratoires (87 %).

Noyades

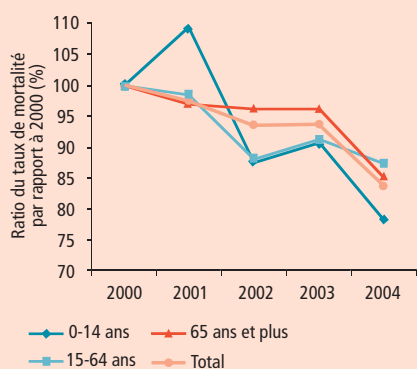
Il y a eu, selon la base du CépiDc, 979 décès en 2004 par noyade accidentelle, soit 1,5/100 000, répartis en 703 hommes (2,4/100 000) et 276 femmes (0,77/100 000), sex-ratio = 2,5 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 3,1. Chez les moins de 25 ans, il s'agit de la première cause de décès par AcVC, avec 138 décès en 2004, soit 29 % des causes connues (et 58 décès sur 188 par AcVC

chez les moins de 5 ans). Après 45 ans, les taux sont élevés, variant de 2,0/100 000 chez les 45-64 ans à 4,2/100 000 chez les 85 ans et plus.

Intoxications

Les intoxications ont provoqué 911 décès en 2004, soit 1,3/100 000, dont 454 hommes (1,5/100 000) et 457 femmes (1,1/100 000), sex-ratio = 0,99 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 1,4. Pour la moitié, ces décès sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans et plus. Les taux de mortalité ont augmenté avec l'âge : 1,8/100 000 chez les 65-74 ans, 5,5/100 000 chez les 75-84 ans et 14,0/100 000 chez les 85 ans et plus. Près des

Figure 2 Ratio par rapport à l'année 2000 du taux de mortalité standardisé par accident de la vie courante, selon l'âge, 2000 à 2004
Figure 2 Trends in death rates of home and leisure accidents, by age, from 2000 to 2004



suffocation (-22 %) ont plus fortement diminué que les autres accidents. Chez les enfants, on trouve une baisse assez importante pour les accidents autres non précisés (-50 %, de 78 à 39 décès), pour les noyades (-32 %, de 112 à 77 décès) et pour les accidents par le feu (-19 %, de 47 à 38 décès). Les décès par chutes ont fluctué entre 26 et 46 chaque année entre 2000 et 2004, il y a eu entre 7 et 10 décès par intoxication accidentelle. Chez les adultes, on observe une baisse de 24 % pour les accidents autres précisés (de 1,1/100 000 à 0,85/100 000). Chez les personnes âgées, on a relevé une diminution assez importante pour les intoxications (-28 %, de 6,3 à 4,5/100 000) et pour les suffocations (-23 %, de 28,1 à 21,7/100 000), par contre les accidents

par le feu ont un peu augmenté (+11 %, de 1,7 à 1,9/100 000).

Discussion

Les principales limites de ces résultats proviennent de la précision de la certification et des difficultés liées au codage des causes de décès par traumatisme. En particulier, le caractère accidentel ou intentionnel du traumatisme n'est pas toujours précisé sur le certificat de décès. Ainsi, il est convenu que les noyades et les intoxications sans indication de l'intentionnalité sont codées comme accidentelles depuis 2000, ce qui entraîne probablement une sur-estimation de ces accidents. Le manque de précision des certificats de décès sur le type d'accident, près d'un AcVC sur cinq, induit une sous-estimation des différents types d'AcVC. De plus, les accidents du travail n'ont pas pu être différenciés des accidents de la vie courante et sont donc inclus dans ces résultats. Par ailleurs, les circonstances de l'accident (lieu de survenue, activité pratiquée, produit en cause) sont peu renseignées alors qu'elles constitueraient des informations très utiles pour la mise en place d'une prévention adaptée.

Chez les enfants de 1 à 14 ans, les AcVC sont la première cause de décès. Il en est de même en Europe et dans les pays industrialisés [7-9]. Chez les personnes âgées, les AcVC sont une cause importante de décès, comme dans les autres pays européens [10;11] ou aux États-Unis [12].

Selon certaines études, le taux de mortalité standardisé sur la population européenne serait plus élevé en France (24/100 000) que dans l'ensemble des pays de l'Union européenne (EU-25 : 18/100 000) [13]. Il est possible que cet écart par rapport à la moyenne européenne résulte de diffé-

rences de certification et de codage entre pays européens. Cette hypothèse constitue le fil conducteur du projet Anamort, actuellement en cours, qui a pour objet l'analyse comparative des données de mortalité par traumatisme en Europe [14;15].

Avec les réserves méthodologiques exposées, ces données montrent que les décès par AcVC ont un peu diminué entre 2000 et 2004, au taux annuel moyen de -4,4 % sur cette période. Toutefois cette baisse n'est pas significative, elle est variable selon les tranches d'âge, et elle est surtout due à la diminution marquée entre 2003 et 2004 (figure 2). Cette diminution a été plus importante chez les enfants, notamment pour les noyades et pour les accidents par le feu, peut-être grâce aux campagnes de prévention et à la réglementation sur les produits pour enfants. Chez les personnes âgées, une baisse assez importante est relevée pour les intoxications et les suffocations, dont il est difficile de savoir s'il s'agit d'une baisse réelle ou d'une évolution de codage. Ces évolutions plutôt favorables demandent à être confirmées. Compte tenu des effectifs de décès, et de leur morbidité, les AcVC restent un problème de santé publique majeur. Tous les âges sont concernés, les hommes étant plus souvent touchés que les femmes. On pointe plus souvent deux tranches d'âge, d'une part les enfants (280 décès en 2004), car il est particulièrement inacceptable de perdre la vie à cet âge à cause d'un AcVC. Un objectif de la loi de santé publique de 2004 fixe comme objectif de réduire de moitié ce nombre d'ici 2008 [16]. D'autre part les personnes âgées contribuent à la grande majorité des décès par AcVC, survenus souvent après une chute. La prévention des AcVC sous toutes ses formes doit être maintenue et renforcée

Tableau 4 Évolution des effectifs et taux de mortalité bruts par type d'accident de la vie courante de 2000 à 2004, chez les enfants, les adultes et les personnes âgées, taux pour 100 000 personnes / **Table 4** Trends in numbers and crude death rates of home and leisure accident, by type from 2000 to 2004, in children, adults and elderly, rates per 100 000 population

	Chutes		Suffocations		Noyades		Intoxications		Feu		Autres, précisés		Autres, non précisés		Total	
0-14 ans	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
2000	26	0,23	66	0,60	112	1,01	10	0,09	47	0,42	19	0,17	78	0,70	358	3,2
2001	46	0,41	62	0,56	110	0,99	10	0,09	51	0,46	26	0,23	81	0,73	386	3,5
2002	29	0,26	65	0,58	99	0,89	8	0,07	31	0,28	21	0,19	55	0,49	308	2,8
2003	37	0,33	71	0,64	122	1,1	7	0,06	28	0,25	17	0,15	46	0,41	328	2,9
2004	33	0,29	64	0,57	77	0,69	8	0,07	38	0,34	21	0,19	39	0,35	280	2,5
Variation 2004/2000 (%)		26		-5		-32		-22		-19		12		-50		-23
15-64 ans	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
2000	1 101	2,9	492	1,3	630	1,6	478	1,2	238	0,62	431	1,1	1 408	3,7	4 778	12,5
2001	1 142	3,0	527	1,4	667	1,7	348	0,90	214	0,55	393	1,0	1 452	3,8	4 743	12,3
2002	1 097	2,8	489	1,3	571	1,5	295	0,76	255	0,76	372	0,96	1 192	3,1	4 271	11,0
2003	1 105	2,8	476	1,2	660	1,7	426	1,1	267	0,68	367	0,94	1 149	2,9	4 450	11,4
2004	980	2,5	486	1,2	548	1,4	452	1,1	244	0,62	337	0,85	1 217	3,1	4 264	10,8
Variation 2004/2000 (%)		-14		-4		-9		-9		0		-24		-16		-14
65 ans et plus	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
2000	9 080	95,9	2 657	28,1	383	4,0	600	6,3	158	1,7	284	3,0	2 519	26,6	15 681	166
2001	8 987	93,8	2 333	24,3	343	3,6	580	6,1	173	1,8	290	3,0	2 660	27,8	15 366	160
2002	9 245	95,4	2 341	24,1	350	3,6	545	5,6	200	2,1	238	2,5	2 525	26,0	15 444	159
2003	9 373	95,6	2 292	23,4	394	4,0	568	5,8	219	2,2	256	2,6	2 519	25,7	15 621	159
2004	8 276	83,3	2 156	21,7	354	3,6	451	4,5	185	1,9	248	2,5	2 312	23,3	13 982	141
Variation 2004/2000 (%)		-13		-23		-12		-28		11		-17		-12		-15

pour que personne ne puisse décéder d'un accident évitable.

Références

- [1] Thélot B. Les accidents de la vie courante : un problème majeur de santé publique. Bull Epidemiol Hebd. 2004;19-20:74-5.
- [2] Statistiques des causes médicales de décès, CépiDc, Inserm. CépiDc 2006, <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>
- [3] Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision. Genève, Suisse, 1993.
- [4] Ermanet C, Thélot B. Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine. Bull Epidemiol Hebd. 2004;19-20:76-8.
- [5] Ermanet C, Thélot B, Jouglé E, Pavillon G. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2002. Bull Epidemiol Hebd. 2006; 42:328-30.
- [6] Thélot B, Ermanet C, Jouglé E, Pavillon G. Classification internationale des maladies : listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatisme en France. Bull Epidemiol Hebd. 2006; 42:323-8.
- [7] Rogmans W. Les accidents domestiques et de loisirs des jeunes de moins de 25 ans dans l'Union européenne : défis pour demain. Santé Publique. 2000 Sep;12(3):283-98.
- [8] Nagaraja J, Menkedick J, Phelan KJ, Ashley P, Zhang X, Lanphear BP. Deaths from residential injuries in US children and adolescents, 1985-1997. Pediatrics. 2005 Aug;116(2):454-61.
- [9] Gulliver P, Dow N, Simpson J. The epidemiology of home injuries to children under five years in New Zealand. Aust N Z J Public Health. 2005 Feb;29(1):29-34.
- [10] Mulder S, Blankendaal F, Vriend I, Schoots W, Bouter L. Epidemiological data and ranking home and leisure accidents for priority-setting. Accid Anal Prev. 2002 Sep;34(5):695-702.
- [11] Farchi S, Rossi PG, Chini F, Camilloni L, Di Giorgio M, Guasticchi G, et al. Unintentional home injuries reported by an emergency-based surveillance system: Incidence, hospitalisation rate and mortality. Accid Anal Prev. 2006. Sep;38(5):843-53.
- [12] Runyan CW, Casteel C, Perkins D, Black C, Marshall SW, Johnson RM, et al. Unintentional injuries in the home in the United States Part I: mortality. Am J Prev Med. 2005 Jan;28(1):73-9.
- [13] Zimmermann N, Bauer R. Injuries in the European Union. Statistics summary 2002-2004. 2006.
- [14] Belanger F, Ung A, Falzon A. Projet ANAMORT. InVS 2007, <http://www.invs.sante.fr/surveillance/anamort/>
- [15] Ung A, Belanger F, Thélot B et le comité de pilotage Anamort. Les décès par chute en Europe : situation en 2003 et perspectives apportées par le projet ANAMORT. Bull Epidemiol Hebd 2007; 42:328-9.
- [16] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel du 11 août 2004.

Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France

Cécile Ricard (c.ricard@invs.sante.fr), Bertrand Thélot

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction – Les personnes âgées de 65 ans et plus sont victimes chaque année en France de 550 000 accidents de la vie courante (AcVC) avec recours aux urgences. Elles contribuent pour plus des trois quarts aux 20 000 décès annuels par AcVC. Une grande majorité de ces AcVC sont le résultat de chutes.

Méthodes – L'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante repose sur l'enregistrement des recours aux urgences pour AcVC dans quelques hôpitaux en France. La collecte des données est exhaustive. Les données des années 2004 et 2005 ont été traitées pour fournir des résultats sur les chutes des personnes âgées.

Résultats – Les chutes constituaient 84 % des mécanismes à l'origine d'un AcVC chez les 65 ans et plus. Le taux d'incidence des chutes accidentelles avec recours aux urgences est de 4,5 pour 100 personnes, 3 pour 100 hommes et 5,6 pour 100 femmes. Elles sont survenues principalement à domicile (78 %). Les fractures ont représenté 41 % des lésions et les membres inférieurs ont été les plus lésés (34 % des cas). Les chutes ont donné lieu à une hospitalisation dans 37 % des cas.

Discussion – L'enquête Epac est la seule source en France qui permet de fournir des estimations de taux d'incidence des chutes. Ces résultats dépendent des caractéristiques des hôpitaux collectant les données. Dans son extension actuelle, Epac rend toutefois mal compte des évolutions dans le temps du nombre de chutes chez les personnes âgées.

Several hundreds of thousands falls in elderly people each year in France

Introduction – People aged 65 years and over are the victims of 550 000 home and leisure injuries (HLI) each year in France requiring care in hospital emergency departments. They contribute for more than three quarters of the 20 000 annual deaths. A great majority of HLI result from falls.

Method – The ongoing study on home and leisure injuries (Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, Epac) lies on the registration of data from emergency departments of some hospitals in France. This collection is exhaustive. Data from the years 2004 and 2005 were processed to provide some results on falls among elderly people.

Results – Among the 65 years old and more age-group, falls represent 84 % of the HLI mechanism. The incidence rate of falls is 4.5 for 100 persons, 3 for 100 men, and 5.6 for 100 women. Most falls are registered at home (78 %). Fractures represent 41 % of the injuries, lower limbs being more often injured (34 %). Falls led to hospitalization in 37 % of the cases.

Discussion – The Epac survey is the unique data source in France producing estimations of falls incidence rates. These results depend of the characteristics of hospitals participating in the data collection. In its current form, Epac is nonetheless unsuitable to describe the trends of elderly falls over time.

Mots clés / Key words

Accidents de la vie courante, épidémiologie, chutes, personnes âgées / Home and leisure injuries, epidemiology, falls, elderly people

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé définit un traumatisme comme « le dommage physique causé à une personne lorsque son corps a été soumis, de façon soudaine ou brève, à un niveau d'énergie intolérable. Il peut s'agir d'une lésion corporelle provenant d'une exposition à une quantité d'énergie excédant le seuil de tolérance

physiologique ou d'une déficience fonctionnelle conséquence d'une privation d'un ou de plusieurs éléments vitaux (par exemple air, eau, chaleur), comme dans la noyade, la strangulation ou le gel. Le temps passé entre l'exposition à l'énergie et l'apparition du traumatisme est court » (traduit de [1]). Les accidents de la vie courante (AcVC) sont tous les traumatismes non inten-

tionnels qui ne sont ni des accidents du travail, ni des accidents de la circulation. Ils sont très nombreux et constituent dans tous les pays un problème majeur de santé publique [2]. En France, on estime que plus de 11 millions de personnes sont victimes d'un AcVC chaque année dont environ 4,5 millions ont, pour cette raison, recours aux urgences hospitalières [3]. Ces accidents

provoquent près de 20 000 décès chaque année, tous âges confondus [4], quatre fois plus que les accidents de la circulation et 20 fois plus que les accidents du travail.

Les personnes de 65 ans et plus sont victimes chaque année de près de 550 000 AcVC avec recours aux urgences, soit 11 % du total des AcVC, avec une répartition hommes/femmes très déséquilibrée (150 000 hommes, 400 000 femmes). Pour une population française métropolitaine de 9,8 millions de personnes dans cette tranche d'âge, soit 16,3 % du total (données 2004), ces effectifs correspondent en taux à 3,8 accidents pour 100 hommes et 6,5 pour 100 femmes chaque année [3]. Les conséquences de ces accidents sont beaucoup plus souvent dramatiques pour les personnes âgées que pour les autres tranches d'âge : plus des trois quarts des décès (77 %) par AcVC (13 982 décès sur un total de 18 548 en 2004) surviennent chez les personnes âgées de 65 ans et plus [5]. La plupart de ces accidents sont des chutes, dont des résultats sur la morbidité sont fournis ici.

Méthodes

La morbidité par chute est étudiée à partir des données collectées en 2004 et 2005 par l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac). Cette enquête repose sur l'enregistrement des recours aux urgences pour AcVC dans neuf hôpitaux en France, avec des données concernant la personne accidentée (âge, sexe, résidence, profil social), sa prise en charge (date et heure d'arrivée aux urgences, traitement, hospitalisation éventuelle et durée de séjour), les caractéristiques de l'accident (mécanisme, lieu, activité, type de lésion, partie du corps lésée), les produits (agents, éléments) impliqués dans l'accident. Enfin une description de l'accident est enregistrée en texte libre [6].

Les hôpitaux qui ont collecté ces données en 2004 sont : le Centre hospitalier général d'Annecy, le Centre hospitalier universitaire de Besançon, le Centre hospitalier de Béthune, le Centre hospitalier universitaire de Bordeaux, le Groupe hospitalier du Havre, l'Hôpital Cochin à Paris, le Centre hospitalier de Saint-Paul à la Réunion, le Centre hospitalier de Vannes, la Clinique des franciscaines à Versailles. En 2005, le Centre hospitalier universitaire de Bordeaux et la Clinique des franciscaines à Versailles ont quitté le réseau ; l'Hôpital de la Timone à Marseille et le Centre hospitalier universitaire de Limoges l'ont intégré.

Tous les hôpitaux du réseau sont volontaires. Ils reçoivent une subvention de l'Institut de veille sanitaire pour le recueil des données et participent à ce titre au Réseau national de santé publique, conformément au Code de la santé publique [7]. Les données sont collectées de façon exhaustive par des personnes dédiées à ce travail, formées au codage et disposant d'un guide de référence pour le recueil [6]. Le codage des différents items (produits en cause, lésion, lieu, etc.) est effectué à l'aide des nomenclatures euro-

péennes [8]. La collecte des données fait l'objet d'analyses de qualité (par tirage au sort de journée) chaque année dans tous les hôpitaux afin de vérifier et de garantir l'exhaustivité et la fiabilité du recueil. Pour les données des années 2004 et 2005 (utilisées pour la description des chutes dans cet article), la collecte a été exhaustive à 87 % sur l'ensemble des hôpitaux du réseau.

Pour obtenir des estimations de taux d'incidence (TI) de survenue d'accidents, une méthode spécifique a été développée reposant sur l'hypothèse que, dans chaque hôpital, les recours aux urgences pour AcVC ont les mêmes distributions spatiales que les hospitalisations pour traumatismes [3]. Ces dernières sont connues grâce aux données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) exhaustif sur la France. Pour chaque département incluant un hôpital du réseau Epac, on note :

U = nombre de personnes résidant dans le département, ayant eu recours aux urgences hospitalières pour AcVC, en France en une année ;

Uo = nombre de personnes résidant dans le département, ayant eu recours aux urgences hospitalières de l'hôpital Epac pour AcVC, en une année ;

S = nombre de personnes résidant dans le département, hospitalisées pour traumatisme, en France en une année ;

So = nombre de personnes résidant dans le département, hospitalisées à l'hôpital participant à EPAC pour traumatisme, en une année.

On peut alors écrire pour chaque département : $U_o/U = S_o/S$

Connaissant Uo par Epac, So et S par le PMSI, on peut en déduire U, estimation du nombre d'AcVC avec recours aux urgences en France pour les résidents du département.

Il est possible de réaliser une extrapolation du nombre d'AcVC national à partir du nombre de traumatismes en France rapportés par le PMSI. Cela revient à considérer que les nombres d'AcVC observés dans les départements du réseau Epac restent homogènes sur l'ensemble du territoire. L'incertitude sur cette estimation nationale dépend de différents facteurs (hôpitaux contribuant au calcul, modalités de réalisation des analyses de qualité, exhaustivité de la collecte des données, etc.) dont la prise en compte a permis de calculer des intervalles de confiance [3]. Les données Epac qui ont permis ces estimations sont celles de 2004, pour cinq des neuf hôpitaux dont les données ont été jugées homogènes et de bonne qualité, à Annecy, Béthune, Bordeaux, Le Havre, Vannes. Les effectifs de population utilisés sont ceux de la France métropolitaine au 1^{er} janvier 2004.

Résultats

En 2004 et 2005, la base Epac est constituée de 179 676 enregistrements d'accidents de la vie courante. Dans 11,5 % des cas (20 558 AcVC), ce sont des personnes de plus de 64 ans qui ont été accidentées. Les chutes, retrouvées dans 84 %

de ces accidents, constituaient de très loin le mécanisme le plus fréquent à l'origine d'un AcVC chez les 65 ans et plus. A l'aide de la méthode spécifique décrite plus haut, on a pu établir le taux d'incidence des chutes accidentelles suivies d'un recours aux urgences hospitalières chez les 65 ans et plus : 4,5 accidents pour 100 personnes, 3 pour 100 hommes et 5,6 pour 100 femmes. Ces taux correspondent en effectifs à environ 450 000 chutes accidentelles par an, 330 000 chez les femmes et 120 000 chez les hommes.

Quand un élément extérieur a été identifié comme étant à l'origine de l'accident (72 % des cas), il s'agissait le plus souvent du revêtement du sol (34 %), d'escaliers (8 %) ou d'un lit (6 %). Les autres éléments étaient très variés : échelle, escabeau, chaise, table, chien, pantoufles, tabouret, clôture, égouts, etc.

Les chutes sont survenues principalement au domicile (78 %), et une maison de retraite a été spécifiée dans 11 % des cas. Elles ont été plus rares sur la voie publique ou dans les zones de transport (16 %) et dans les autres lieux (5 %). La marche était l'activité la plus courante au moment de la chute (69 %). Les autres activités étaient : les activités vitales (11 %), les activités domestiques (8 %), puis les jeux et loisirs (5 %), le bricolage (1 %) et les activités sportives (moins de 1 %).

Les fractures ont représenté 41 % des lésions, suivies des contusions ou commotions (30 %) et des plaies (19 %). Les lésions les moins fréquentes étaient les entorses (4 %), les luxations (3 %) et les autres types de lésions (brûlures, intoxications, lésions tendineuses ou musculaires, etc. 3 %).

Les membres inférieurs ont été les plus fréquemment lésés (34 % des cas), et dans 55 % des cas il s'agissait de fractures (figure 1). Les membres supérieurs, lésés dans 27 % des accidents, ont subi des fractures dans 61 % des cas. La tête, touchée dans 25 % des chutes, a surtout été le siège de plaies (58 %). Le tronc (13 % des parties lésées) a été atteint à parts égales de luxations et de fractures (40 % chaque).

Les chutes chez les personnes âgées ont été bénignes dans 34 % des cas, au sens où elles n'ont entraîné aucun traitement aux urgences ou le retour au domicile après traitement. Une proportion un peu plus faible (30 %) a fait l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur. Les chutes ont donné lieu à une hospitalisation en court séjour après passage aux urgences dans 37 % des cas. On a noté une augmentation avec l'âge du taux d'hospitalisation, de 27 % entre 65 et 69 ans à 44 % au-delà de 90 ans. La durée moyenne d'hospitalisation en court séjour des personnes âgées accidentées a été de 12,3 jours, augmentant avec l'âge, chez les femmes comme chez les hommes (figure 2). Elle est passée de moins de 8 jours (65 à 69 ans) à plus de 13 jours (au-delà de 90 ans). Chez les hommes de 90 ans et plus, elle a dépassé 15 jours. Les durées d'hospitalisation en moyen et long séjour ne sont pas recueillies.

Figure 1 Répartition des lésions selon la partie lésée. Epac 2004-2005
Figure 1 Distribution of lesions according to the injured part. Epac study 2004-2005

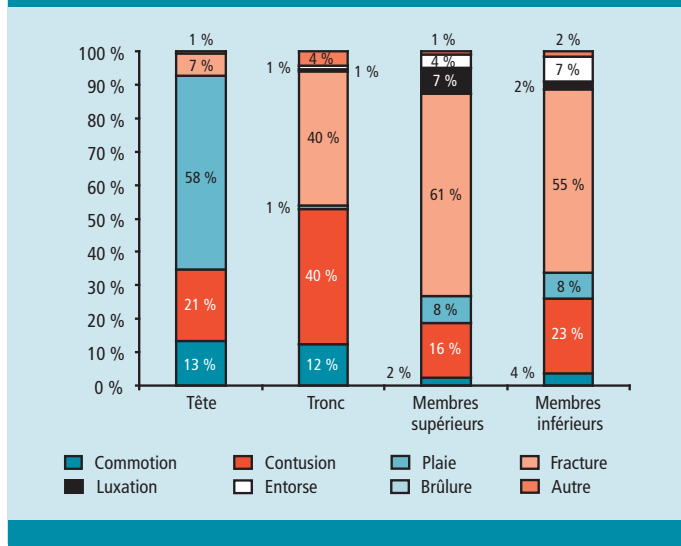
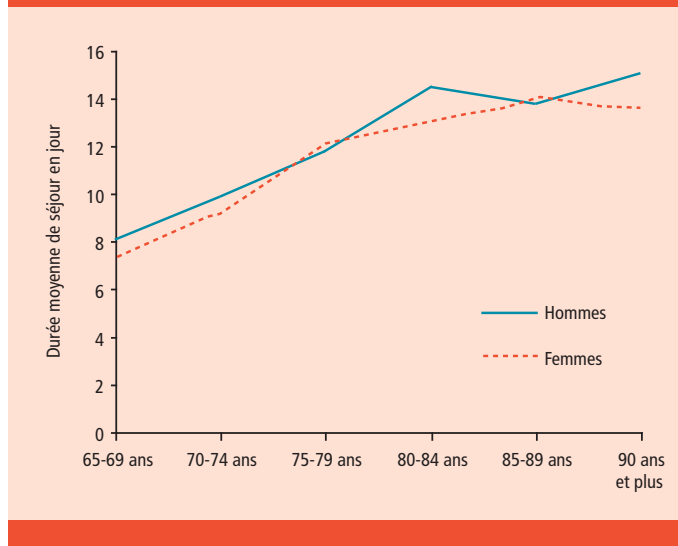


Figure 2 Durée moyenne d'hospitalisation selon l'âge et le sexe (5 947 hospitalisés). Epac 2004-2005 / Figure 2 Average duration of hospitalization according to age and sex (5947 hospitalized persons). Epac study 2004-2005



Discussion

L'enquête Epac est la seule source qui permet de fournir des estimations de taux d'incidence des chutes avec recours aux urgences en France. Ces résultats sont donc précieux. Ces estimations restent fragiles car elles dépendent des caractéristiques des hôpitaux collectant les données Epac. Or les clientèles hospitalières peuvent être très diverses selon la taille, l'implantation, le statut, l'accessibilité, l'attraction des hôpitaux. Une partie seulement de cette hétérogénéité est représentée à travers les hôpitaux, très peu nombreux, qui participent au réseau Epac. Ceci affaiblit évidemment la précision des résultats et la justesse de la généralisation. Techniquement, en faisant l'hypothèse que les cinq hôpitaux qui ont servi pour les calculs d'incidence sont représentatifs des 580 hôpitaux accueillant des malades aux urgences en France, le calcul montre que l'intervalle de confiance de ces estimations est de l'ordre de plus ou moins 5 % autour de la valeur centrale. Cependant des taux d'incidence établis sur d'autres périodes et avec les données d'autres hôpitaux suggèrent fortement que l'incertitude sur ces estimations est supérieure à 10 %.

Une conséquence directe de ce manque de précision est qu'il est malaisé de rendre compte avec cet outil des évolutions dans le temps du nombre de chutes chez les personnes âgées. L'objectif 99 de la loi d'orientation en santé publique prévoit de diminuer de 25 % ces chutes entre 2004 et 2008 (voir encadré et [9]). Si cet objectif est atteint, la diminution sera mise en évidence, mais s'il n'est atteint que partiellement, la diminution (5 % par exemple) ne sera pas apparente sur ces résultats.

Certaines chutes de personnes âgées n'ont pas été prises en compte dans cette analyse. C'est le cas des personnes qui ont chuté et n'ont pas eu recours au système de soins, soit que la chute était bénigne, soit qu'elle était suffisamment grave pour être suivie d'un décès immédiat. On peut y ajouter les cas d'admission directe en réanimation ou en chirurgie sans passage par les urgences. Les sources étant peu nombreuses et

partielles, il est difficile de chiffrer ces événements. En effet, le PMSI ne mentionne pas la chute mais son résultat en termes de « lésion et partie lésée ». Il permet de rendre compte, par exemple, des fractures du fémur hospitalisées et/ou opérées, mais non des chutes elles-mêmes [10]. Le recours aux résultats de la littérature fournit certes des informations intéressantes : on sait par exemple que 85 % des fractures périphériques chez les personnes âgées sont le fait d'une chute, que 10 à 15 % des chutes ont pour conséquence une blessure traumatique grave, une fracture dans les deux tiers des cas [11], [12]. Toutefois ces résultats établis dans d'autres pays restent généraux et non nécessairement applicables à la situation française. Il y a peu de résultats en France sur les séquelles des chutes, sur le devenir des personnes ayant chuté, en fonction de la gravité de la chute. Les récurrences sont peu étudiées, comme les variations de survenue selon les facteurs de risque sociaux ou le lieu de résidence et les conditions de vie.

Lorsqu'on évoque les victimes d'accidents de la vie courante, on pense volontiers plus souvent aux enfants. Les personnes âgées sont cependant aussi fréquemment victimes de ces accidents. Dans près de neuf cas sur dix les AcVC surviennent à la suite d'une chute. Ces accidents sont très fréquents : selon le Baromètre santé 2005, près d'une personne âgée de 65 à 75 ans sur quatre a indiqué qu'elle avait chuté dans les 12 mois écoulés. Ces résultats sont cohérents avec ceux de la littérature [12], [13]. Beaucoup de chutes ont des conséquences graves, à l'origine de près de 9 000 décès chaque année en France, leur prévention passe par une lutte contre la déminéralisation osseuse, l'organisation de l'espace de vie, des exercices physiques adaptés. Si l'on admet que, dans ce domaine spécifique comme pour l'ensemble des AcVC, le tiers, voire la moitié des accidents pourraient être évités, avec les seuls moyens et connaissances dont nous disposons aujourd'hui [14], l'enjeu de santé publique est important. Il impose de maintenir et de renforcer les actions de prévention de ces

accidents développées depuis de nombreuses années [15] par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Il doit inciter et favoriser les travaux de recherche et de surveillance épidémiologique dans ce domaine.

Références

- [1] Holder Y, Peden M, Krug E et al (Eds). Injury surveillance guidelines. Geneva, World Health Organization, 2001.
- [2] Thélot B. Les accidents de la vie courante : un problème majeur de santé publique. Bull Epidemiol Hebd. 2004; (19-20):74-5.
- [3] Thélot B, Ricard C. Résultats de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante, années 2002-2003. Réseau Epac. Institut de veille sanitaire, octobre 2005.
- [4] Ermanet C, Thélot B. Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine. Bull Epidemiol Hebd. 2004; (19-20):76-8.
- [5] Ermanet C, Thélot B, Jouglu E, Pavillon G. Mortalité par accidents de la vie courante en France métropolitaine. Bull Epidemiol Hebd. 2004-2007; 37-38:318-22.
- [6] Thélot B, Ricard C, Nectoux M. Guide de référence pour le recueil des données de l'Enquête Permanente sur les accidents de la vie courante. Réseau Epac. Institut de veille sanitaire, décembre 2004.
- [7] Code de la Santé publique, article L. 1413-2 et R. 1413-2.
- [8] http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/environment/IPP/documents/ippnewsletter12.pdf
- [9] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel du 11 août 2004.
- [10] Oberlin P, Mouquet M-C. La prise en charge des fractures de l'extrémité supérieure du fémur – rapport d'étape Mai 2004.
- [11] Bevitt MC, Cummings SR. Falls and fractures in older women. In: Falls, balance and gait disorders in elderly. Vellas B, Toupet M, Rubenstein L, Albarède JL, Christen Y (Eds). 1992, Elsevier, Paris.
- [12] Kannus P, Sievännén H, Palvanen M, Järvinen T, Parkkari J. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. Lancet. 2005; 366:1885-93.
- [13] Guilbert P, Gautier A (sous la direction de). Baromètre santé 2005, premiers résultats. 2006, Inpes, Paris.
- [14] Philippakis A, Hemenway D, Alexe DM, Dessypris N, Spyridopoulos T, Petridou E. A quantification of preventable unintentional childhood injury mortality in the United States. Inj Prev. 2004; 10:79-82.
- [15] Pin Le Corre S, Guilbert P, Bourdessol H. Prévention des chutes des personnes âgées à domicile. Un référentiel francophone de bonnes pratiques en santé communautaire. Bull Epidemiol Hebd. 2007; 37-38:329-32.

« Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique »

(Extraits de : l'Etat de santé de la population en France en 2006, Drees, La Documentation française, 2006)

Objectif 99

Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008

Objectif préalable : améliorer les connaissances relatives aux circonstances, facteurs déterminants des chutes, notamment en institution

Chez les personnes de 65 ans et plus, les chutes constituent une partie importante (plus de 80 %) des accidents de la vie courante (AcVC). Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans toutes les autres activités de la vie (loisirs, déplacements, etc.). L'objectif de la loi de santé publique est, d'ici à 2008 de réduire de 25 % le nombre de chutes, dans l'année, des personnes de plus de 65 ans. L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs intrinsèques liés à la personne, et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement. Peu d'enquêtes permettent actuellement de rendre compte de ces divers facteurs de la vie courante occasionnant les chutes. Les estimations du nombre et de l'incidence des chutes chez les 65 ans et plus ayant entraîné un recours aux urgences ont été calculées pour la première fois à partir des données 2002 de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac). Elles pourront être actualisées et affinées par âge les années ultérieures. Les données déclaratives sur les chutes entre 65 et 75 ans sont issues du Baromètre santé de l'Inpes. Les décès par chute chez les personnes âgées de plus de 65 ans proviennent des données de mortalité codées à partir de 2000 selon la 10^e version de la Classification internationale des maladies.

Les hospitalisations pour chute chez les adultes âgés : un aperçu québécois

Yvonne Robitaille (Yvonne.Robitaille@inspq.qc.ca), Mathieu Gagné

Institut national de santé publique du Québec, Canada

Résumé / Abstract

Introduction – Les chutes assez graves pour entraîner une hospitalisation sont peu connues à l'échelle de toute une population. La présente étude situe l'importance actuelle de ces chutes chez les adultes âgés du Québec. Elle examine la tendance au cours des 15 dernières années et discute de l'utilisation des données administratives pour identifier les circonstances de ces chutes.

Méthode – Cette étude rétrospective porte sur les cas d'hospitalisation pour chute des québécois âgés de 65 ans ou plus, dont l'admission est survenue entre avril 1991 et mars 2005.

Résultats – On dénombre annuellement au Québec, 13 300 chutes ayant entraîné l'hospitalisation d'une personne âgée de 65 ans ou plus. Il s'agit d'un taux annuel moyen de 1 283 chutes pour 100 000 personnes ; celui-ci cache de grandes différences selon l'âge et le sexe. Alors que les taux d'hospitalisation demeurent relativement stables depuis 15 ans, les nombres de cas augmentent rapidement en raison du vieillissement de la population. Dans 90 % des cas la personne vivait à domicile au moment de la chute. Par ailleurs, plus de 9 % des chutes ont eu lieu dans des escaliers et l'information quant aux circonstances de la chute est absente dans 46 % des cas.

Discussion – Les systèmes d'information administrative valent la peine d'être exploités pour suivre l'évolution de la morbidité par chute au niveau d'une population entière. La précision des circonstances de la chute doit s'améliorer pour être utile à la connaissance, la planification d'intervention et éventuellement à leur évaluation.

Fall-related hospitalizations among the elderly: Overview from Quebec (Canada)

Introduction – Falls severe enough to warrant hospitalization have received little attention, and are little known at the population level. The purpose of this study was to estimate the current importance of such falls in the elderly population of the province of Quebec. The study examines trends over the last 15 years and discusses the use of administrative hospital discharge data to identify the circumstances of these falls.

Method – This retrospective study analyses fall-related hospital discharge data of patients of 65 years of age and over who were hospitalised between April 1991 and March 2005.

Results – Each year, falls account for 13,300 hospital admissions in the 65 years or over age-group in the province of Quebec, corresponding to an average annual rate of 1,283 falls per 100,000 persons. Large age and sex related differences are present. Despite relatively stable rates of hospital admissions over the last 15 years, the number of cases has been increasing rapidly due to the ageing of the population. Most victims (90%) were living at home at the time of the fall; 9% of falls occurred on staircases, and data on circumstances of the fall is missing in 46% of the cases.

Discussion – Hospital discharge data is a valuable source of information for population surveillance of nonfatal injuries related to falls, as they measure trends in morbidity. The fall circumstances must be more precise in order to make this data a useful tool in terms of knowledge, intervention planning, and assessment.

Mots clés / Key words

Prévention des traumatismes, hospitalisations, classification internationale de maladies, surveillance, épidémiologie / Accident Prevention, Patient Discharge, International Classification of Diseases, surveillance, Epidemiology

Introduction

Dans la plupart des pays occidentaux, les chutes de l'adulte âgé constituent un défi de taille pour la santé publique. Les blessures qu'elles occasionnent affectent la qualité de vie de ceux qui en sont victimes et augmentent le fardeau économique des services de santé. Au Québec les statistiques de l'État civil rapportent les cas mortels. En contrepartie, les chutes assez graves pour entraîner une hospitalisation sont moins connues à l'échelle de toute la population. Or, le système universel d'hospitalisation québécois permet cette vue d'ensemble.

La présente étude a pour premier objectif de quantifier l'importance des chutes qui entraînent une hospitalisation chez les adultes âgés au Québec. Elle examine ensuite la tendance des 15 dernières années. Finalement, l'étude explore les circonstances de ces chutes et l'utilité des données d'hospitalisation pour concevoir des stratégies de prévention ou en mesurer les effets.

Méthode

Les données présentées ici proviennent du système d'information sur la clientèle des hôpitaux du Québec (Med-Écho). Dans ce système, les soins prodigués par les départements d'urgence ne sont pas inclus. L'étude porte donc sur l'ensemble des cas d'hospitalisation pour chute, avec admission d'au moins une nuit, chez les personnes âgées de 65 ans ou plus au Québec, et dont l'admission est survenue entre le 1^{er} avril 1991 et le 31 mars 2005.

La base de données Med-Écho comprend une variable permettant d'identifier la cause extérieure de la blessure, lorsqu'un accident est à l'origine de l'hospitalisation. Cette variable a servi à identifier les cas de chutes. La classification internationale des maladies 9^e édition (CIM-9) était utilisée au Québec durant toute la période examinée. Ainsi, les codes de la cause extérieure E880 à E888 signalent les chutes accidentelles. Le formulaire d'admission à l'hôpital enregistre l'institution de provenance du patient, ce qui permet d'identifier les personnes non institutionnalisées, qualifiées ici comme « vivant à domicile ».

Dans une perspective de santé publique, c'est le nombre de chutes ayant entraîné l'hospitalisation

Tableau 1 Hospitalisations pour chute, selon l'âge et le sexe, Québec, de 1991-1994 à 2003-2005 / **Table 1** Fall-related hospitalizations according to age and sex, Quebec, 1991-1994 to 2003-2005

Groupe d'âge	Période									
	1991-1994		1994-1997		1997-2000		2000-2003		2003-2005	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Sexes réunis										
65 à 74 ans	2 695	550,2	2 844	549,5	2 965	550,6	3 004	546,8	3 136	561,2
75 à 84 ans	3 828	1 565,8	4 152	1 595,3	4 563	1 589,8	5 103	1 592,5	5 756	1 653,1
85 ans et plus	2 480	3 723,8	2 927	3 913,0	3 392	4 048,7	4 020	4 218,5	4 477	4 290,7
Ensemble ¹	9 003	1 204,7	9 923	1 227,6	10 920	1 243,5	12 127	1 256,5	13 368	1 282,7
Hommes										
65 à 74 ans	902	420,3	987	429,9	1 107	456,2	1 126	449,6	1 200	466,5
75 à 84 ans	940	1 038,7	1 036	1 074,4	1 157	1 078,0	1 332	1 090,4	1 619	1 194,7
85 ans et plus	501	2 678,6	553	2 690,9	660	2 900,0	791	3 065,8	902	3 100,5
Ensemble ¹	2 344	861,1	2 575	878,3	2 924	918,4	3 250	938,0	3 721	978,0
Femmes										
65 à 74 ans	1 793	651,6	1 857	644,9	1 858	628,0	1 878	628,3	1 936	641,9
75 à 84 ans	2 888	1 875,8	3 117	1 901,7	3 406	1 895,5	3 770	1 901,9	4 137	1 945,3
85 ans et plus	1 978	4 132,4	2 374	4 375,6	2 732	4 477,1	3 229	4 646,7	3 575	4 750,9
Ensemble ¹	6 659	1 397,2	7 348	1 420,0	7 995	1 420,4	8 877	1 434,9	9 648	1 457,0

¹ Taux ajustés selon la structure par âge de la population du Québec en 2001. Nombres annuels moyens.
Source par 100 000 personnes : MSSS, Fichier des hospitalisations de Med-Écho, Algorithme pour exclure les transferts.
MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2001.

qui préoccupe, plutôt que le nombre d'hospitalisations en tant que tel. Ainsi, les transferts et les réadmissions pour une même chute ont été exclus de l'analyse.

Résultats

Importance et évolution

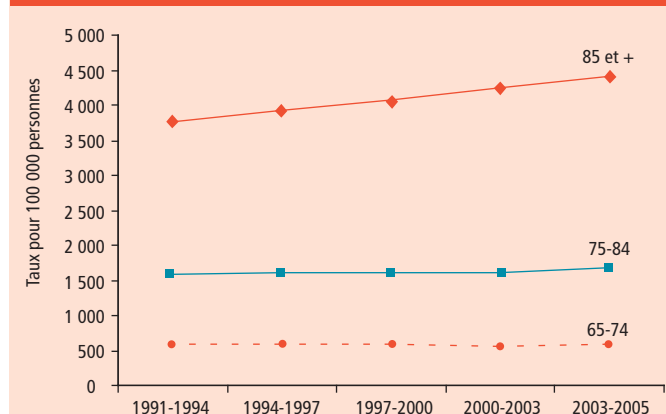
Pour la période la plus récente (2003 à 2005), on dénombre annuellement 13 300 chutes ayant entraîné l'hospitalisation chez les 65 ans ou plus au Québec ; ceci représentent 6 % de toutes les hospitalisations de ce groupe d'âge, 3 % chez les hommes et 8 % chez les femmes. Il s'agit d'un taux annuel moyen de 1 283 chutes pour 100 000 personnes. Ce taux passe de 561 chez les 65 à 74 ans, à 1 653 chez les 75 à 84 ans, et atteint 4 291 chez les personnes de 85 ans ou plus (tableau 1). L'évolution des taux depuis 15 ans traduit une stabilité pour le groupe d'âge le plus jeune, et une faible augmentation pour les deux autres groupes : en moyenne, 2 % et 4 % par période de trois ans chez les 75 à 84 ans et les 85 ans et plus respective-

ment (figure 1). Bien que les taux soient presque deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes, la croissance est similaire.

Compte tenu de l'augmentation de la population âgée des 65 ans et plus au Québec (environ 10,5 % tous les cinq ans), mais aussi de la croissance encore plus rapide du groupe des 85 ans et plus (environ 20 % tous les cinq ans) [1], le nombre de chutes s'élève rapidement d'une période à l'autre. Cette augmentation touche surtout les personnes âgées de 75 ans et plus (figure 2).

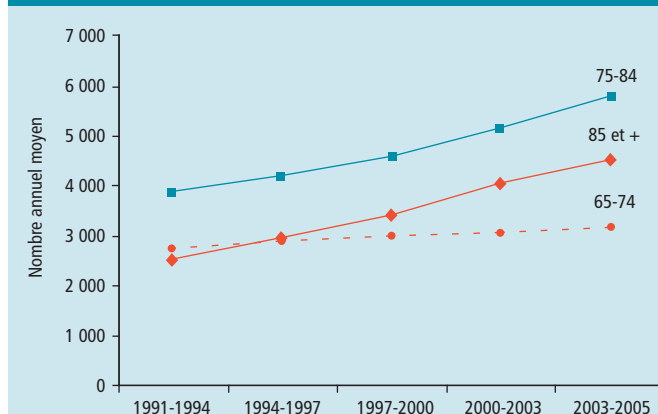
Les blessures occasionnées par les chutes ne constituent pas l'unique cause de ces 13 300 hospitalisations. Certains dossiers médicaux ne contiennent aucun diagnostic de blessure ; il s'agit alors de personnes frêles, amenées aux urgences à la suite d'une chute et hospitalisées en raison d'un autre problème de santé ou d'une combinaison de ceux-ci, par exemple, anomalie de la démarche ou hypotension. Soulignons toutefois que dans 92 % des cas d'hospitalisation à la suite d'une chute, le dossier comporte un diagnostic de lésion traumatique,

Figure 1 Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation, Québec, de 1991 à 2005 / **Figure 1** Fall-related hospitalizations rates, Quebec, 1991-2005



Source: Med-Écho.
Algorithme pour exclure les transferts. Taux standardisés (Québec 2001). Chutes : Cim-9, E880 à E888.

Figure 2 Nombre de chutes ayant entraîné une hospitalisation, Québec, de 1991 à 2005 / **Figure 2** Number of fall-related hospitalizations, Quebec, 1991-2005



Source: Med-Écho.
Algorithme pour exclure les transferts. Taux standardisés (Québec 2001). Chutes : Cim-9, E880 à E888.

Tableau 2 Circonstances des chutes ayant entraîné une hospitalisation, personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile, Québec, 2003-2005 / Table 2 Circumstances of fall-related hospitalizations, persons 65 years or over, living at home, Quebec, 2003-2005

Circonstance ^a	CIM-9	Nombre ^b	%
Chute dans ou d'un escalier	E880	1 136	9,5
Chute sur ou d'une échelle ou d'un échafaudage	E881	155	1,3
Chute du haut d'un bâtiment ou autre ouvrage	E882	49	0,4
Chute dans un trou ou autre ouverture de niveau	E883	6	0,1
Autre chute d'un niveau à un autre, chaise ou lit	E884	924	7,7
De plain-pied : glissade, faux pas, trébuchement	E885	4 010	33,4
De plain-pied : collision, poussée, bousculade	E886	52	0,4
Cause non précisée de fracture	E887	103	0,9
Chute autre et non précisée	E888	5 558	46,4
Total		11 991	100,0

Source : MSSS, Fichier des hospitalisations de Med-Écho.

^a Cause extérieure de la CIM-9.

^b Nombre annuel moyen de chute ayant entraîné une hospitalisation.

principalement : fracture du col du fémur (40,0 %), fracture d'un membre supérieur (13,6 %) et fracture du bassin (5,5 %).

L'identification de la provenance du patient permet de constater que 10 % étaient institutionnalisés au moment de la chute. Ainsi, dans 90 % des cas (11 991 chutes), la personne vivait à domicile au moment de sa chute, ce qui inclut des résidences offrant divers services aux personnes âgées.

Circonstances de la chute

Le tableau 2 présente les circonstances de chutes chez les personnes qui habitaient à domicile avant d'être hospitalisées, c'est-à-dire chez les personnes non institutionnalisées.

D'abord, la catégorie « Chutes de plain-pied : glissade, faux pas ou trébuchement » regroupe le tiers des cas, tandis que plus de 9 % des chutes ont eu lieu dans un escalier. Précisons que pour près de la moitié des cas (46 %), il n'existe aucune information quant aux circonstances de la chute. Par ailleurs, la chute a eu lieu au domicile dans 56 % des cas et dans des édifices publics ou sur la rue dans 6 % des cas. Ces proportions constituent des minima puisque dans un cas sur quatre, le lieu de la chute n'est pas précisé.

Discussion

Les données analysées ici proviennent d'un système d'information conçu pour la gestion des hôpitaux québécois. Connaître leurs limites et leurs possibilités permet de bien les interpréter dans une optique de surveillance et de prévention des cas de blessures.

L'importance du problème

Pour chaque décès causé par une chute enregistré annuellement au Québec, on dénombre 20 chutes ayant entraîné une hospitalisation. Il est d'abord surprenant de constater que certaines de ces hospitalisations n'enregistrent pas de lésions traumatiques. Ainsi, pour 8 % des chutes, d'autres problèmes de santé ou une combinaison de ceux-ci ont justifié l'hospitalisation. Faut-il inclure ou exclure ces cas ? Il n'y a pas de consensus à ce sujet dans la littérature internationale [2] et ces cas devraient être étudiés plus à fond. La présente analyse a conservé les cas, même si aucune lésion n'était inscrite au dos-

sier, car ces patients intéressent les gestionnaires des services de santé québécois. La chute apparaît comme l'incident qui a précipité le recours aux soins. Ainsi, responsables de 6 % de toutes les hospitalisations des personnes de 65 ans et plus, les chutes constituent un problème de santé important au Québec.

La progression avec l'âge

Le constat majeur est l'augmentation presque exponentielle des taux avec l'avancé en âge. À partir de 85 ans, le risque de faire une chute qui entraînera l'hospitalisation est 7 fois plus élevé que de 65 à 74 ans. Ce ne serait pas l'âge lui-même, mais une détérioration des conditions de santé jumelée à des conditions environnementales souvent mal adaptées, qui seraient responsables de l'augmentation du nombre de chutes en fonction de l'âge [3]. L'analyse par âge ne fait que souligner la grande diversité du regroupement que les statistiques usuelles désignent sous l'appellation des 65 ans et plus, l'âge officiel de la retraite au Québec. Tout comme l'analyse des blessures chez les jeunes se subdivise généralement en groupes d'âge qui tiennent compte du développement moteur et social des enfants, l'analyse des chutes des adultes âgés doit s'affiner pour tenir compte de l'hétérogénéité de ce groupe. La terminologie utilisée par certains démographes, qui distinguent les jeunes vieux (65 à 74 ans), les vieux (74 à 84 ans), les vieux-vieux (85 à 94 ans) et les grands vieillards (95 ans et plus), peut être utile pour marquer cette distinction. Pour tenir compte de cette diversité reconnue par les experts du vieillissement [4], d'autres dimensions du phénomène doivent être considérées, tel le mode de résidence, à domicile ou en institution.

Le problème s'aggrave-t-il dans le temps ?

L'évolution des taux d'hospitalisations pour chute paraît suivre – quoiqu'à une plus faible amplitude – l'évolution des taux de mortalité par chute observée dans la population québécoise : une diminution depuis le début des années 1980 jusqu'au milieu des années 1990, suivie d'un léger accroissement. La faible variation des taux d'hospitalisation ne permet pas de conclure à une augmentation inquiétante du risque de chute depuis 15 ans. Bien que

statistiquement significative, cette augmentation est de faible amplitude (2 % par période de trois ans) ; de plus, elle traduit peut-être une standardisation qui ne contrôle qu'imparfaitement le vieillissement de la population. En outre, ces données administratives, sensibles à une modification des pratiques d'admission en centres hospitaliers, sont utilisées ici à titre indicatif ; des études complémentaires sont souhaitables.

Contrairement au taux, le nombre de chutes qui occasionnent une hospitalisation a clairement augmenté, et ceci plus rapidement que pour la plupart des autres causes d'hospitalisation [5]. À l'instar de plusieurs autres gouvernements, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec reconnaît le problème ; il propose un continuum de services afin de prévenir les chutes de façon ciblée chez les adultes âgés vivant à domicile [6].

Et la prévention ?

Les données d'hospitalisation permettent-elles d'identifier les circonstances de ces chutes pour mieux les prévenir ? Théoriquement oui, mais elles cachent encore beaucoup d'informations.

En effet, la nouvelle Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), prévoit des codes différents pour 20 circonstances plus ou moins spécifiques de chute, pour 8 types de lieux et pour 5 grandes catégories d'activités qu'une personne peut effectuer lors d'une chute. En combinant ces trois axes, il est théoriquement possible de dénombrer les chutes qui surviennent dans des circonstances relativement spécifiques. En voici quelques exemples : 1) à domicile, en montant ou descendant un escalier ; 2) sur la rue de plain-pied due à la glace et la neige ; 3) dans un établissement collectif en fauteuil roulant. On pourrait donc suivre dans le temps l'une ou l'autre de ces circonstances après l'implantation d'une stratégie préventive ciblée (ex. : fonds publics pour l'aménagement des escaliers à domicile). Toutefois, si les catégories « non précisées » continuent d'occuper les premières places, l'image demeurera très imparfaite et sera peu utile pour la prévention.

L'imprécision des circonstances de la chute n'est pas propre aux données québécoises. D'autres sont parvenus au même constat pour leurs données de mortalité [7] aussi bien que dans leurs données d'hospitalisation [8].

Conclusion

Aujourd'hui au Québec, les adultes âgés ne sont vraisemblablement pas plus à risque de subir une chute sévère que ne l'étaient ceux des générations précédentes. Ce qui semble préoccupant, ce sont les taux élevés de chutes, surtout à partir de 75 ans, un groupe d'âge qui augmente rapidement en nombre dans la population québécoise.

Du marcheur pressé sur un trottoir glacé au vieillard qui passe de la chaise au lit, une multitude de situations différentes entraînent chutes et blessures. Les auteurs s'entendent généralement sur l'aspect multifactoriel des chutes et sur la nécessité de diversifier les modes de prévention selon la santé et l'autonomie très variables des 65 ans et plus. Aussi, le Réseau francophone de prévention des

traumatismes et de promotion de la sécurité, qui regroupe des professionnels français, belges, suisses et québécois, a produit un Référentiel de bonnes pratiques, qui élabore des stratégies de prévention ciblées [9].

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Diane Sergerie pour ses commentaires et Line Mailloux pour son travail d'édition.

Références

[1] Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. Portrait

de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population. Gouvernement du Québec, 2006, 659 pages.

[2] Langley J, Brenner R. What is an injury? *Inj Prev.* 2004;10:69-71.

[3] Sattin RW. Falls among older persons: a public health perspective. *Annu Rev Public Health.* 1992;13:489-508.

[4] Henrard J-C. Éditorial. Personnes âgées, vieillissement, grand âge et santé. *Bull Epidemiol Hebd.* 2005;13-6.

[5] Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population. Gouvernement du Québec, 2006, 131 pages.

[6] Ministère de la Santé et des Services sociaux. La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile – Cadre de référence. Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, 2004, 61 pages.

[7] Ermanet C, Thélot B, Jouglu E, Pavillon G. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2002. *Bull Epidemiol Hebd.* 2006;42: 328-30.

[8] Langley JD, Davie GS, Simpson JC. Quality of hospital discharge data for injury prevention. *Inj Prev.* 2007;13:42-4.

[9] Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Sous la direction de Hélène Bourdossol et Stéphanie Pin. Éditions Inpes; 2005, 155 pages.

Les décès par chute en Europe : situation en 2003 et perspectives apportées par le projet Anamort

François Belanger (f.belanger@invs.sante.fr), Aymeric Ung, Bertrand Thélot et les autres membres du comité de pilotage Anamort*

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

* Kathleen England¹, Birthe Frimodt-Møller², Finn Gjertsen³, Eric Jouglu⁴, Marc Nectoux⁵, Monica Steiner⁶, Monica Bene⁷, Silvia Bruzzone⁸, Gleb Denissov⁹

1 / Department of health information, Malte 2 / National institute of public health, Danemark 3 / Norwegian institute of public health 4 / CépiDC-Inserm, France 5 / Psytel-Université Paris 5
6 / Kuratorium für Verkehrssicherheit bereich heim, freizeit & sport, Autriche 7 / Hungarian central statistical office 8 / Direzione centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali Italie
9 / Statistical office of Estonia

Résumé / Abstract

Près de 50 000 personnes sont décédées d'une chute en 2003 dans l'Union européenne (25 pays). Des inégalités ont été décrites entre pays (jusqu'à sept fois plus de risque), en fonction de l'âge (augmentation exponentielle du risque) et du sexe (les hommes avaient un risque 1,7 fois plus grand). Les limites de comparabilité de ces données (téléchargeables sur le site d'Eurostat) sont exposées et des recommandations pour leur amélioration sont proposées.

Deaths from falls: Situation in Europe in 2003 and perspectives resulting from the ANAMORT project

Nearly 50,000 deaths due to falls occurred in 2003 in the European Union (25 countries). Inequalities have been described between countries (the risk can be seven times higher), according to age (exponential risk increase) and gender (men have a 1.7 time risk higher than women). Limitations for data comparability (downloadable on Eurostat web site) are presented, and recommendations for their improvements proposed.

Mots clés / Key words

Chutes, décès, mortalité, Europe, Anamort / Falls, deaths, mortality, Europe, Anamort

Les statistiques sur les causes initiales de décès sont fournies par les pays et agrégées par Eurostat. L'exploitation de ces données a porté sur le groupe des décès par chute accidentelle (codes W00 à W19 de la Classification internationale des maladies (CIM-10)) survenus en 2003.

Le projet Anamort [1] a pour but d'identifier les biais potentiels des statistiques de décès et de proposer des recommandations permettant de faciliter leur comparabilité. Un questionnaire portant sur le processus de production des statistiques des causes de décès a été soumis en 2006 aux spécialistes de la mortalité de 36 pays européens.

Situation en 2003 : les données européennes Eurostat [2]

Le nombre des décès causés par des chutes accidentelles dans l'Union européenne (25 pays) en 2003 était de 49 488, ce qui représente 20 % des décès dus à des causes externes. Le taux standardisé [3] de mortalité par chute était de 7,2 pour 100 000 avec des variations entre 2,6 et 23,6 selon les pays (figure 1).

Figure 1 Taux standardisés de mortalité par chute en 2003 en Europe / Figure 1 Standardized rates of falls-related deaths in 2003 in Europe

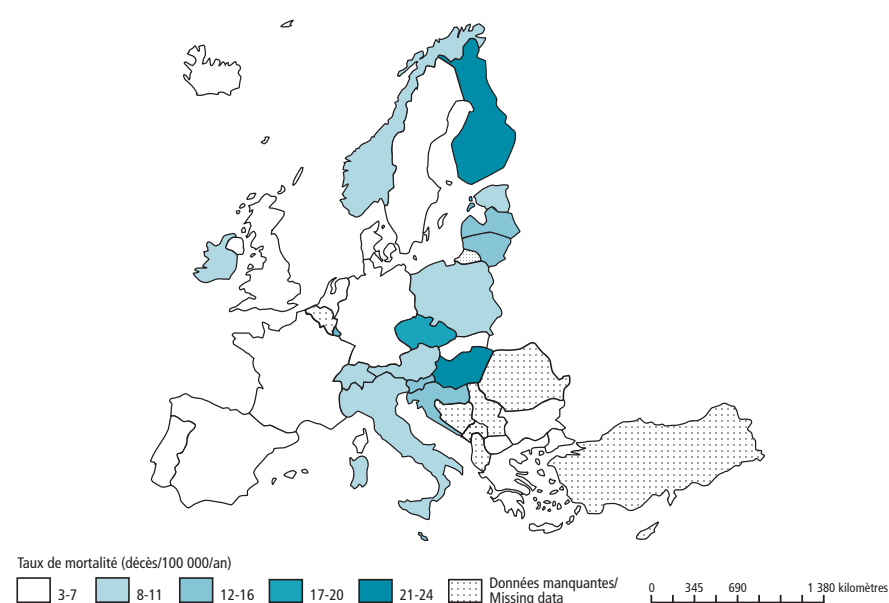


Figure 2 Taux bruts de mortalité par chute selon le sexe et la classe d'âge dans l'Union européenne (25 pays) en 2003 – échelle logarithmique
Figure 2 Crude rate of falls-related mortality by sex and age group in the European Union (25 countries) in 2003 – Logarithmic scale)

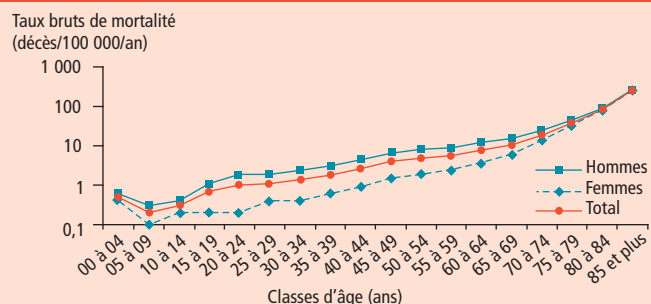
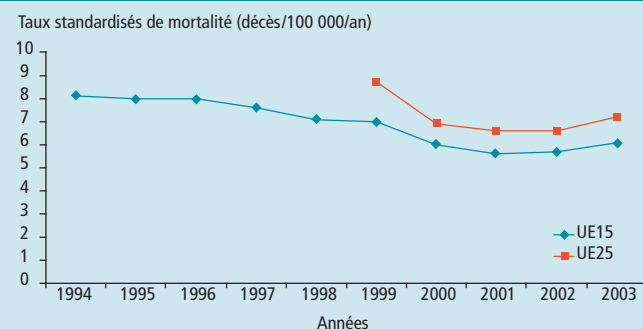


Figure 3 Evolution des taux standardisés de mortalité par chute en Europe, 1994-2003 / **Figure 3** Trends of standardized rates of falls-related mortality in Europe, 1994-2003



Les Etats à l'est de l'Europe (Hongrie, Etats baltes, République tchèque, Finlande) présentaient les incidences de mortalité par chute les plus élevées.

Quel que soit l'âge, le taux de mortalité des hommes était supérieur à celui des femmes (figure 2) : le risque de décès était 1,7 fois plus élevé chez les hommes. Plus de 81 % de ces décès concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus, mais cette proportion était plus importante chez les femmes (93 %) que chez les hommes (67 %). Le taux de mortalité par chute augmentait avec l'âge, quel que soit le sexe (Figure 2) : comparés aux 18-24 ans, les risques de décès des 65-69 ans et des 85 ans et plus étaient respectivement 12 et 305 fois plus élevés.

Le taux de mortalité a diminué de 17 % entre 1999 et 2003 (de 8,7 à 7,2/100 000/an) dans l'Europe des 25 (Figure 3). Cette tendance s'observait également sur une période plus longue dans l'Europe des 15. Dans certains pays, une baisse brutale des taux de mortalité par chute a pu être observée (Danemark en 2000, France en 2000). La remontée du taux en 2003 est insuffisante pour affirmer un changement de cette tendance. L'apport des 10 nouveaux Etats principalement à l'est de l'Europe a provoqué une hausse du taux de mortalité par chute en Europe du fait d'une incidence plus importante dans ces pays (figure 3).

Perspectives apportées par le projet Anamort : limites et interprétation des données Eurostat

Des erreurs dans le choix de la cause initiale de décès ont été rapportées par la moitié des pays. L'effet combiné de ces erreurs de classification est considéré comme responsable d'une sous-estimation du nombre de décès par chute en Europe.

L'âge est parfois considéré comme facteur de sous-estimation du nombre de chutes : l'antécédent médical de la personne pouvant être privilégié lors du remplissage du certificat de décès chez les personnes les plus âgées.

Le changement des règles de codage des décès par chute lié au passage de la CIM-9 à la CIM-10 [4] a pu provoquer des baisses brutales des taux de mortalité (cf. Danemark et France). De façon plus exceptionnelle, une surestimation du nombre de chutes a pu être observée dans certains pays, du fait de la non application de certaines règles de codage (chute associée à une crise d'épilepsie qui devrait être codée comme épilepsie).

Propositions de recommandations

Outre une meilleure formation des certificateurs et des codeurs, il est nécessaire de développer

l'analyse en cause multiple des décès par chute. Cela permettrait de compenser les évolutions de la CIM en récupérant les cas de fracture du fémur sans cause externe identifiée [4].

L'introduction de la codification automatique peut également permettre d'éliminer les biais de codification liés à des interprétations des règles de codages variables selon les codeurs et à une prise en compte homogène et rapide des mises à jour de la CIM-10. Ces recommandations sont d'autant plus importantes qu'elles permettraient de renforcer les politiques de prévention de santé publique dans les pays qui connaissent les taux effectifs de mortalité par chute les plus importants, afin de diminuer le nombre de ces décès techniquement simples à éviter.

Références

- [1] Objectifs et résultats préliminaires consultables sur <http://www.invs.sante.fr/surveillance/anamort>
- [2] Données téléchargeables sur le site <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (données, santé)
- [3] Standardisation directe sur l'âge (référence : population européenne de 1976)
- [4] Le code E887 (cause non spécifiée de fracture) présent dans la CIM-9 n'a pas d'équivalent dans la CIM-10 où selon les pays, ces cas peuvent être codés X59 (exposition à des facteurs, sans précision) associé au code S72 (fracture du fémur) ce qui est recommandé par l'OMS, ou Y34 (événement sans précision, intention non déterminée) ou enfin W19 (chute, sans précision).

Prévention des chutes des personnes âgées à domicile. Un référentiel francophone de bonnes pratiques en santé communautaire

Stéphanie Pin Le Corre (stephanie.pin@inpes.sante.fr), Hélène Bourdessol, Philippe Guilbert

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé-Inpes, Saint-Denis, France

Résumé / Abstract

Introduction – La prévention des chutes est une stratégie efficace, mais relativement complexe, de réduction des incapacités chez les personnes âgées. Cet article présente les résultats d'un projet international francophone visant à faciliter l'implantation d'interventions de prévention des chutes.

Méthode – Un groupe d'experts provenant de France, de Belgique, de Québec et de Suisse a été chargé de réaliser un état des connaissances scientifiques dans ce domaine et de proposer des recommandations de bon-

Falls prevention of the elderly living at home. Francophone guidelines for good practices in community health

Introduction – Falls prevention is an efficient strategy to reduce incapacity in elderly people, but it is relatively complex. This article presents the results of an international Francophone project aiming at facilitating the implementation of falls prevention interventions.

nes pratiques. Leurs conclusions s'appuient sur une revue de la littérature, ainsi que sur une analyse de programmes proposés dans les pays concernés.

Résultats – Les interventions de prévention des chutes les plus efficaces comportent plusieurs volets, afin d'agir sur différents facteurs de risque en parallèle, et ciblent les populations âgées les plus fragiles. L'identification du risque de chute est une étape primordiale qui permet d'adapter le programme au profil de la personne âgée. Trois niveaux d'intervention sont proposés selon que la personne ne présente pas de risque, un risque modéré ou un risque élevé de chuter.

Discussion conclusion – La diffusion de recommandations de bonnes pratiques devrait permettre d'augmenter l'offre d'interventions de prévention des chutes, d'améliorer leur qualité et d'inciter à l'évaluation de tels programmes.

Mots clés / Key words

Chute, prévention, personne âgée, santé communautaire / Fall, prevention, elderly, health community

Introduction

La prévention des chutes constitue un axe consensuel en matière de prévention des incapacités et de promotion de la santé des personnes âgées [1,2]. Les recommandations internationales sur cette thématique insistent sur les aspects tant médicaux que communautaires de la prévention des chutes pour agir sur les multiples dimensions qui interviennent dans le processus de la chute durant la vieillesse. Si la prise en charge médicale est désormais bien documentée et fait l'objet de nombreuses recommandations de pratiques cliniques [3], les aspects communautaires¹ ont été jusqu'à récemment moins explorés ou avec des résultats difficiles à transposer. Pour autant, plusieurs pays sont engagés dans des actions de prévention de ce type, avec des méthodologies souvent différentes ; des programmes spécifiques à une association ou à un acteur se développent sur le territoire, avec des contenus, des objectifs, des modes de recrutement des personnels, des populations différents. Cette situation, commune à plusieurs pays membres du Réseau francophone de promotion de la sécurité et de prévention des traumatismes (section du RéfiPS, Réseau francophone international pour la promotion de la santé), a conduit la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) à initier un projet transversal.

Cet article présente une synthèse des principales recommandations émises dans le cadre de ce travail international et publiées sous forme d'un Référentiel de bonnes pratiques de prévention : elles s'adressent aux responsables de programmes de prévention, aux éducateurs pour la santé ou aux différents intervenants auprès des personnes âgées vivant à domicile [4].

Méthode

Provenant des quatre pays mobilisés sur le projet (France, Belgique, Québec et Suisse), un groupe d'experts en prévention des traumatismes, spécifiquement auprès du sujet âgé et aussi en promotion de la santé, a été constitué ; l'animation du groupe et la synthèse des travaux ont été pilotés

par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Le travail de ce groupe s'est déroulé en trois temps, selon une méthode à la fois pragmatique et rigoureuse, qui est présentée en détail dans le Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes [4] :

1. faire le point sur les recommandations issues de la littérature internationale en matière de prévention des chutes chez les personnes âgées. Il s'agissait, au préalable, d'effectuer une revue de la littérature sur la thématique, en privilégiant les articles scientifiques ou recommandations publiées récemment, complétés d'articles ciblant certaines dimensions pour lesquelles les données étaient lacunaires. Cette revue s'est appuyée largement sur un travail similaire réalisé par les experts québécois [5]. La stratégie de recherche documentaire et les résultats sont présentés dans l'ouvrage de référence ;
2. proposer des stratégies d'identification des publics prioritaires et d'intervention qui soient complémentaires d'une prévention médicale, faciles à mettre en œuvre et fondées sur les résultats de la revue de littérature. Ainsi, dans un second temps, des interventions évaluées, implantées depuis plusieurs années au sein des pays concernés et proposant un contenu conforme aux recommandations internationales ont été proposées par les différents experts ; elles ont été analysées et sélectionnées à des fins principalement illustratives ;
3. présenter les « ingrédients » essentiels des interventions et les exemples de bonnes pratiques existants dans les pays membres du Réseau francophone de promotion de la sécurité et de prévention des traumatismes. Une des clés du succès de la prévention des chutes réside dans l'adaptation de l'intervention aux spécificités des personnes âgées qui ne constituent pas un groupe homogène. C'est pourquoi, le groupe de travail a proposé une démarche de prévention qui doit permettre aux acteurs locaux (professionnels de santé ou du secteur médico-social, personnels d'associations de prévention, responsables de programmes de prévention) d'identi-

Method – A group of experts from France, Belgium, Quebec, and Switzerland was in charge of reviewing the scientific knowledge on this issue and proposing recommendations on good practices. Their conclusions are based on a literature review, as well as on a program analysis within the countries concerned by the study.

Results – The most efficient falls prevention interventions combine several aspects, so as to act on different risk factors at the same time, and target the most vulnerable elderly people. The identification of the fall risk is the first step that allows to adapt the program to the elderly's profile. Three levels of intervention are proposed according to the elderly's risk to fall: low, moderate or high.

Discussion and conclusion – The dissemination of good practices recommendations should raise the offer of falls prevention interventions, increase their quality and encourage people to evaluate such programs.

fier les publics cibles et d'adapter les interventions aux différents profils de personnes âgées.

Résultats

Ce travail d'expertise a abouti, en 2005, à la publication du Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes [4]. Ces recommandations s'adressent à tout intervenant auprès des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile.

La chute, un événement aux origines multiples

Il est démontré aujourd'hui, et cet ouvrage le rappelle, que le risque de chute résulte davantage de l'accumulation de plusieurs risques que d'un seul. Aux facteurs de risque relatifs à l'état de santé de la personne âgée s'ajoutent des facteurs de risque comportementaux (médication, prise de risque, alimentation par exemple) et environnementaux (caractéristiques des lieux, obstacles par exemple) dont certains peuvent être modifiés avec succès. Pour autant, des incertitudes demeurent quant au poids relatif de ces différents facteurs et à la nature des relations entre certains comportements et la survenue des chutes.

C'est le cas notamment des liens entre la chute et les comportements alimentaires : les résultats des études sur le sujet sont contradictoires quant à la significativité et la force des relations entre la survenue d'une chute et la dénutrition. Pour autant, ce facteur est connu pour augmenter significativement le risque de fracture, en particulier par son action sur la densité minérale osseuse. De façon quelque peu différente, le rôle de l'environnement extérieur est également mal évalué, même si certaines interventions de promotion de la santé investissent déjà cette dimension en proposant, par exemple, une évaluation en situation de la sécurité des trajets et des lieux et, le cas échéant, des amé-

¹ Selon le glossaire multilingue de la Banque de données en santé publique, la santé communautaire se réfère à « une pratique de soins auprès d'une collectivité et de ses membres, organisée principalement avec les services médicaux, paramédicaux ou sociaux en contact direct et permanent avec cette collectivité ».

nagements visant à l'améliorer. Peu d'études épidémiologiques incluent ces aspects environnementaux qui permettraient pourtant d'améliorer notre connaissance du contexte de la chute et d'identifier des lieux ou des situations dangereuses.

Les interventions efficaces

Concernant la prévention des chutes elle-même, force est de constater la pluralité et la diversité des interventions proposées aux personnes âgées dès 65 ans : certaines ciblent un facteur de risque en particulier (les troubles de l'équilibre, la polymédication) ou proposent une seule stratégie d'intervention ; les unes privilégient des interventions en groupe, d'autres proposent des programmes individuels assortis ou non d'un suivi ; certaines enfin réservent leurs interventions à des populations ciblées (les femmes, les personnes admises dans des services hospitaliers) alors que d'autres reposent sur le volontariat des personnes âgées.

Le Référentiel de bonnes pratiques montre que les interventions de prévention des chutes les plus efficaces sont multifactorielles et ciblées, c'est-à-dire qu'elles portent sur des populations repérées à risque de chute et visent à corriger ou à réduire plusieurs facteurs de risque dans le même temps. Ces interventions sont la plupart du temps réalisées par des équipes multidisciplinaires, comprenant des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des animateurs sportifs qualifiés, ou d'autres intervenants à domicile.

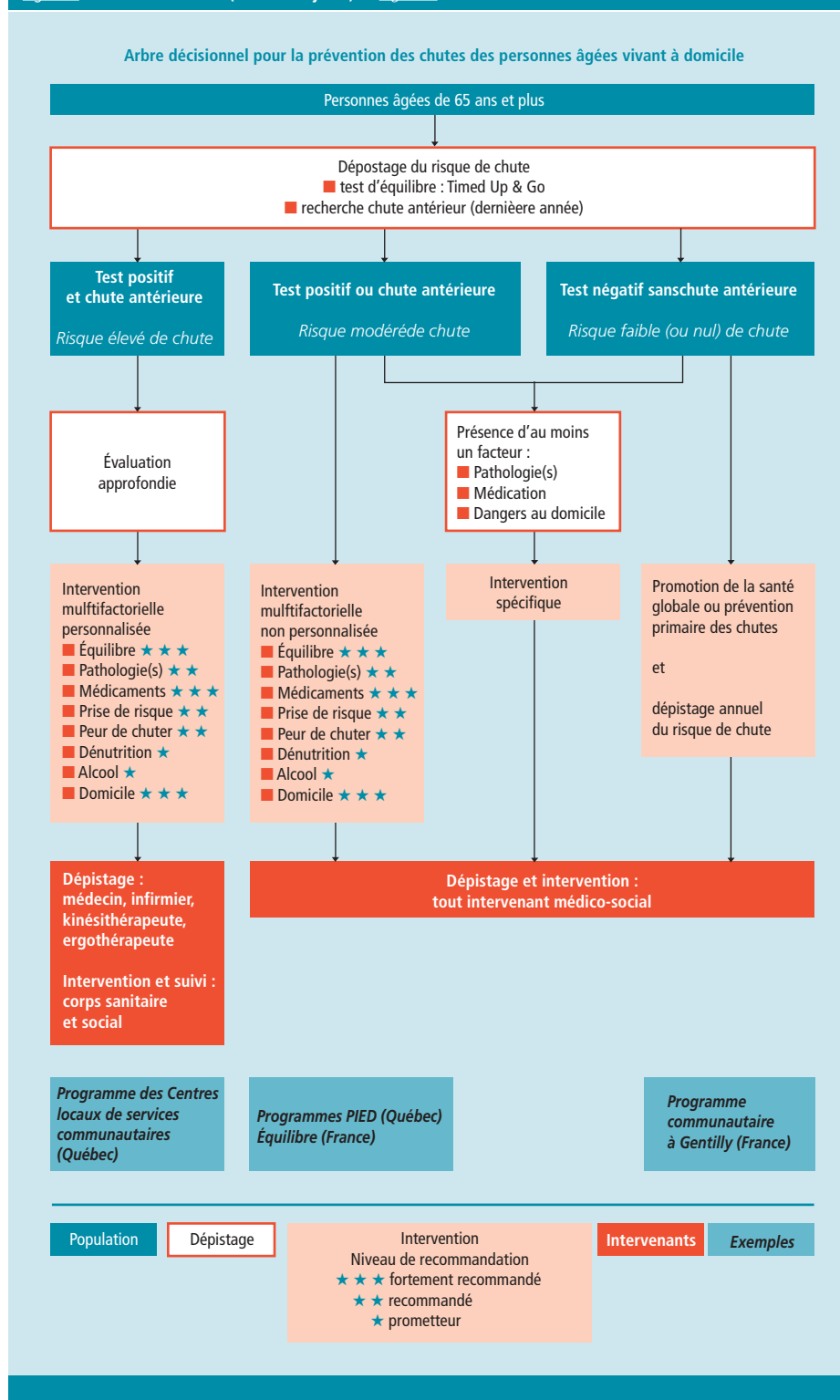
Les interventions ciblant un seul facteur de risque ou proposant une seule stratégie de réduction des chutes n'ont, dans l'ensemble, pas abouti à des résultats probants. Seuls les programmes d'activité physique démontrent une certaine efficacité en termes de prévention des chutes, y compris lorsqu'ils sont proposés comme stratégie unique et en population générale. Certaines conditions garantissent toutefois le succès de ces programmes : leur durée, l'intensité des exercices, le type d'exercices proposés et la formation des animateurs. Les programmes collectifs d'exercices physiques sont par ailleurs plus efficaces que des programmes d'entraînement à la maison.

S'adapter au profil des personnes âgées

La sélection des personnes âgées selon le niveau de risque de chute apparaît enfin comme un critère de succès des interventions : les programmes proposés doivent être, dans la mesure du possible, adaptés au profil des personnes âgées (figure 1). Le groupe d'experts a ainsi identifié trois types d'intervention correspondant à trois niveaux de risque de chute.

1/ Un premier niveau d'intervention se réfère à la prévention primaire de la chute qui concerne toute personne âgée ne présentant pas de risque significatif de chute ; les programmes recensés dans ce premier niveau n'ont pas fait à ce jour la preuve de leur efficacité en terme de réduction des chutes, mais certains ont conduit à une amélioration générale de l'état de santé (amélioration de la qualité

Figure 1 Arbre décisionnel (cf. fichier joint) / Figure 1 Decisional tree



de vie, réduction des incapacités) ou à une réduction des facteurs de risque des participants. Des évaluations rigoureuses sont nécessaires pour comparer l'efficacité de différentes stratégies d'intervention (information seule, programmes collectifs d'éducation pour la santé, visites à domicile par exemple) en termes de réduction du risque de chute.

2/ Des programmes universels – on parle dans le Référentiel de « programmes multifactoriels non personnalisés » – devraient être réservés à des populations présentant un risque modéré de chuter. Ce type de programme est bien implanté dans les pays promoteurs du Référentiel, et en particu-

lier en France, même si on manque à ce jour de visibilité sur les critères de recrutement et les profils des personnes admises : les programmes Équilibre développés par plusieurs caisses d'assurance maladie illustrent ce type d'intervention. Quelques initiatives se développent en France, qui tendent à réserver ce type de programmes à des personnes présentant un risque de chute, mais ne souffrant pas de fragilité majeure.

3/ Enfin, pour des personnes plus fragiles, présentant plusieurs facteurs de risque (troubles de l'équilibre, pathologies, polymédication, dénutrition etc), des programmes plus ciblés devraient être privilé-

giés, comportant notamment l'implication de professionnels de santé dès l'évaluation des facteurs de risque et tout au long de la prise en charge. Les consultations pluridisciplinaires de la chute proposées par plusieurs CHU ou centres de gérontologie en France illustrent bien ce type de programme.

Discussion - Conclusion

La publication, dans la même année, d'une recommandation de pratique clinique [3] et du Référentiel de bonnes pratiques de prévention des chutes [4] a permis de renforcer la dynamique préventive sur cette thématique. En effet, bien que poursuivant des objectifs et s'adressant à des publics différents, ces documents parviennent à des conclusions similaires. Près de 5 000 exemplaires du Référentiel de bonnes pratiques ont été diffusés, parmi lesquels on compte un tiers de commandes. Ces dernières ont été effectuées par différents types d'acteurs. Sans être exhaustif, on retrouve l'univers associatif (associations gérontologiques, comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé), institutionnel (conseils généraux, les différents réseaux de l'assurance maladie dont les centres d'examen de santé, les communes, les Clic, les centres hospitaliers) ou encore privés (praticiens libéraux, cliniques, maisons de retraite, mutuelles). Cette diffusion a permis ainsi de disséminer les recommandations sur l'ensemble du territoire.

Les membres du groupe de travail ont activement participé à la promotion du Référentiel et leurs expériences fournissent déjà des exemples d'utilisation de ce travail. L'ouvrage a notamment constitué un document de référence pour le module « Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes » lors des trois premières années de l'Université d'été francophone en santé publique qui a lieu à Besançon depuis 2003 ; l'enseignement de ce module est dispensé par des membres du groupe de travail qui s'inspirent de la démarche élaborée dans le cadre du Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes pour aborder la prévention des traumatismes. En outre, des expériences pilotes de repérage et de prévention du risque de chute ont été mises en place en Suisse et en Belgique, à la suite de la publication de l'ouvrage : ces interventions, fondées sur les conclusions du Référentiel, cherchent également à analyser les facteurs facilitant ou entravant la mise en œuvre de telles actions dans des contextes spécifiques.

En France, la Fédération sportive EPMM Sports pour tous a adapté un programme québécois de prévention des chutes, le Programme intégré d'équilibre dynamique ou P.I.E.D² présenté dans le Référentiel comme exemple de programme multifactoriel non personnalisé de prévention des chu-

tes [6]. Le développement de ce programme en France est intéressant à plusieurs titres : d'abord, cela illustre la volonté d'appuyer l'action communautaire à partir de recommandations fondées sur des preuves. Ensuite, par rapport à la version originale du programme, plus générique quant aux critères de sélection des personnes âgées, les promoteurs français ont notamment repris les deux étapes du repérage proposé dans le Référentiel pour sélectionner les personnes qui présentent un risque modéré de chute.

Deux années après sa diffusion, l'Inpes souhaite désormais mettre en place une évaluation de l'utilisation du Référentiel de bonnes pratiques. Prévue pour la fin d'année 2007, elle devrait apporter des indications sur la façon dont les recommandations émises par le groupe d'experts ont été appropriées et appliquées sur le territoire français, ainsi que dans les pays partenaires.

En parallèle, d'autres projets d'évaluation de programmes ciblant cette thématique se profilent et se mettent en place, à l'instar du projet d'évaluation d'un programme de prévention des chutes et des fractures chez les femmes âgées (étude Pre-frac) piloté par l'équipe de Patricia Dargent-Molina [7]. Les résultats de ces études offriront, dans un avenir proche, des informations importantes pour réorienter les stratégies et mesurer l'efficacité de la démarche recommandée.

Pour autant, plusieurs questions restent en suspens. Elles traduisent notamment les prochains défis qu'il s'agira de relever :

- où en sont les pays du Réseau francophone de promotion de la sécurité et de prévention des traumatismes et la France en particulier en termes de prévention des chutes ? De quelle façon les recommandations en matière de prévention des chutes sont-elles appliquées ? Quelles sont les dimensions qu'il s'agirait d'améliorer dans les différentes interventions mises en œuvre ? Afin de répondre à ces différentes interrogations, un état des lieux des actions de prévention des chutes réalisées en France débutera à l'automne 2007. Les premiers résultats sont attendus dans le courant de l'année 2008.

- comment améliorer la sélection des personnes âgées dans les programmes de prévention des chutes ? Les outils de dépistage proposés par le groupe de travail du Référentiel de bonnes pratiques sont issus de travaux anglo-saxons. Tous les ans, ils font l'objet de nouvelles publications et de nouveaux débats quant aux critères utilisés pour le repérage des personnes à risque de chutes [8]. Il est indispensable à ce jour de disposer d'études françaises testant plusieurs outils de dépistage et permettant d'évaluer, en termes médico-économiques, les critères de sélection les plus pertinents.

- Enfin, de quelle manière favoriser l'adhésion des personnes âgées à ces programmes et renforcer la prévention primaire ? Les chutes font peur et renvoient à une image de la vieillesse fragilisée ou dégradée que refusent trop souvent les jeunes seniors. Or, cette population est la première concernée par des gestes de prévention primaire qui permettraient d'éviter ou de retarder l'apparition de certains facteurs de risque de chute. Il s'agit désormais de trouver des moyens pour mobiliser davantage les jeunes retraités ou les pré-retraités autour de leur santé et de leur prévention de façon générale et de la prévention des chutes en particulier.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble du groupe de travail du Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes, ainsi que le Réseau francophone de promotion de la sécurité et de prévention des traumatismes pour son soutien lors de l'élaboration et de la diffusion de cet ouvrage.

Références

- [1] Healthy Ageing project, Healthy Ageing: a challenge for Europe, The Swedish National Institute of Public Health. 2007 ; 228p.
- [2] Burden of Disease Network Project (BURDIS), Disability in old age. Final Report: conclusions and recommendations, Jyväskylä University Press. 2004 ; 53 p.
- [3] Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG), Haute autorité de santé (HAS), Recommandations pour la pratique clinique : la prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, HAS, 2005 ; 11p. Résumé disponible en ligne sur le site de la HAS.
- [4] Bourdessol H, Pin S (ss la dir), Référentiel de bonnes pratiques : prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Inpes, 2005 ; 155p.
- [5] Direction générale de la santé publique. La prévention des chutes dans un continuum de services pour les personnes âgées vivant à domicile : cadre de référence, Santé et Services sociaux du Québec. 2004 ; 61p.
- [6] Fauchard T., Québec-France : un programme d'échange de pratique. La Santé de l'Homme, 2006, n°381, p.43
- [7] Dargent-Molina P., Exercice physique et prévention des chutes et des fractures chez les femmes âgées : Etude PRE-FRAC, Communication réalisée lors des 3ème journées annuelles de la prévention, 29 mars 2007. Disponible à l'adresse suivante [Dernière connexion : 23/05/07] : www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2007/Session8/session8_2903_apm/P.%20Dargent.pdf
- [8] Bohannon RW, References values for the Timed Up and Go Test: a Descriptive Meta-Analysis, Journal of the Geriatric Physical Therapy, 2006, 29(2): 64-8.

² Le programme propose à la fois des séances d'exercices physiques en groupe et des ateliers de prévention portant sur différentes thématiques (médicaments, nutrition, ostéoporose, risques environnementaux, activités à risque, peur de chuter). Il cible les personnes âgées à risque modéré de chute. Pour y participer, elles doivent être volontaires et aptes à pratiquer des séances d'exercices physiques.