



Communauté engagée pour
la prévention des chutes
ADULTE+JUNIOR

Abrégé du savoir de Loop À propos des chutes: différences entre les sexes et les genres

Référence suggérée : Parachute. *Abrégé du savoir : À propos des chutes: différences entre les sexes et les genres*. [Rapport à l'intention de la communauté engagée pour la prévention des chutes Loop]. Toronto (CA) : Parachute; octobre 2021. Disponible : <https://www.fallsloop.com/fr/abrege-du-savoir/1029/loop-evidence-summary-sex-and-gender-differences-in-falls>

Traduction par M. Picard, décembre 2021.

Objet

Le présent abrégé du savoir de Loop porte sur les différences observées entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les chutes. Il y est notamment question de l'incidence et de la prévalence des chutes, de l'exposition aux facteurs de risque associés aux chutes, des perceptions au sujet des chutes et des stratégies de prévention des chutes et de réduction du risque de chute. L'abrégé comporte en outre une description des enjeux et des implications liés à l'équité et découlant des différences entre les sexes et les genres en ce qui a trait aux chutes. Les implications pour les recherches et les pratiques sont abordées par la suite.

Un examen des différences observées entre les sexes et les genres relativement aux chutes peut permettre d'en dégager des constatations utiles pour orienter les stratégies de prévention et de gestion des chutes et des risques de chute. Par exemple, la connaissance des mécanismes entraînant les différences de perception par rapport aux chutes entre les femmes et les hommes pourrait guider le processus d'élaboration de messages et de programmes de prévention des chutes mieux adaptés à chaque genre et potentiellement plus efficaces¹.

À la lecture de la documentation scientifique sur les différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les chutes, il faut se rappeler de faire la distinction entre les descripteurs associés aux notions de **sexe** et de **genre**. Le mot sexe réfère à la classification biologique fondée sur les organes reproducteurs. Quant à lui, le mot genre fait référence aux croyances et aux systèmes de valeurs construits socialement à la base de l'identité de genre et des stéréotypes de genre ou des attributs considérés comme féminins ou masculins². Dans le présent abrégé du savoir, l'auteur utilise la terminologie (sexe ou genre) employée par les auteurs des études citées, bien que la nomenclature conventionnelle se rapportant à l'usage des termes sexe ou genre ne soit pas toujours mentionnée ou suivie.

Survol des six différences associées aux chutes

Les données échantillonnées recueillies auprès d'aînés vivant dans la collectivité montrent que les femmes sont plus susceptibles de faire une chute que leurs homologues masculins³⁻⁶. Par exemple, une étude menée auprès de 508 aînés vivant dans la collectivité (65 ans et plus) a révélé qu'une proportion substantiellement plus importante de femmes avait fait l'expérience d'une chute au cours de l'année précédente (83,9 % comparativement à 73,1 %, $p < 0,04$)⁴. Le même genre de constatation est ressorti d'une étude réalisée auprès de 485 aînés (de 65 à 80 ans) fréquentant une clinique de traitement du diabète à Taiwan. Mesuré d'après l'autoévaluation du nombre de chutes faites au cours de l'année précédente, le risque de faire une chute était 1,75 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, après avoir contrôlé d'autres facteurs de risque⁵.

Il semble par ailleurs que les femmes sont plus vulnérables aux blessures causées par une chute^{1,7}. Elles sont par exemple plus susceptibles de subir une fracture associée à une chute⁸⁻¹⁰. Il arrive en plus deux fois plus souvent de voir une femme admise à l'hôpital ou aux urgences à la suite d'une chute, bien que le taux de mortalité attribuable aux chutes soit disproportionnellement plus élevé chez les hommes¹¹⁻¹³.

Le nombre et aussi la gravité des chutes tendent à être plus importants chez les aînés de sexe féminin vivant dans la collectivité. Les tendances associées aux différences entre les sexes changent toutefois avec l'âge et la diminution du degré d'autonomie. Plus précisément, un fort pourcentage de chutes est observé chez les hommes de 100 ans et plus¹⁴, habitant dans un foyer de soins de longue durée¹⁵, séjournant en milieu hospitalier¹⁶ ou faisant l'objet d'un suivi après avoir quitté l'hôpital¹⁷.

Les auteurs d'une étude portant sur les chutes chez les jeunes adultes ont aussi signalé que le fait d'être de sexe masculin constituait un facteur de risque. Durant 16 semaines, 414 étudiants de 1^{er} cycle dans une université américaine ont répondu à un courriel quotidien dans lequel on leur demandait s'ils avaient glissé, trébuché ou tombé au cours des dernières 24 heures. La fréquence des chutes rapportées s'est révélée plus souvent associée au sexe masculin, au degré d'activité physique et à la médication. Bien que les étudiants de sexe masculin étaient plus susceptibles de déclarer avoir fait une chute, seules les étudiantes de sexe féminin ont signalé avoir subi de graves blessures (fracture ou commotion) nécessitant des soins médicaux. Le nombre de ces observations s'est révélé trop faible pour effectuer une épreuve de signification statistique¹⁸.

Différences entre les sexes et les genres en ce qui concerne les facteurs de risque associés aux chutes et les perceptions par rapport aux chutes

État de santé et comorbidités

De plus en plus de données laissent supposer que le profil de risque diffère entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à l'indice de comorbidité et aux indicateurs de santé associés aux chutes. En Suède, les données de l'enquête nationale sur le vieillissement et les soins, une étude comparative des cohortes menée auprès de plus de 3000 aînés (60 ans et plus) vivant dans la collectivité, révèle que la dépendance fonctionnelle quotidienne (c.-à-d., besoin d'assistance pour l'exécution des activités de la vie quotidienne comme se laver) et les chutes vécues par le passé n'avaient rien à voir avec les chutes causant une blessure chez les femmes et ce, à court terme (< 4 ans). À long terme (de 4 à 10 ans), les facteurs de risque associés aux blessures attribuables à une chute chez les femmes sont l'insuffisance pondérale, la déficience cognitive ou la dépendance fonctionnelle quotidienne ou la consommation de médicaments. Chez les hommes, les facteurs de risque à court terme qui sont associés aux chutes causant une blessure sont la pression systolique faible, la difficulté à se lever d'une chaise et à s'asseoir

sur une chaise et les chutes vécues par le passé, alors que les facteurs de risque à long terme sont le tabagisme, la cardiopathie, la déséquilibration et les antécédents liés aux chutes¹⁹.

L'étude longitudinale sur le vieillissement en Angleterre ressemble à celle de la Suède en ce qu'elle concerne plus de 3000 aînés (60 ans et plus) vivant dans la collectivité et a permis de dresser le profil de risque des aînés. L'étude montre que l'âge constitue le seul facteur associé à un risque plus élevé de faire une chute chez les aînés des deux sexes. L'incontinence et les symptômes de la dépression constituent des facteurs plus prédictifs de chute chez les femmes, alors qu'une comorbidité plus importante, une douleur plus intense et l'équilibre plus fragile (mesurée en fonction de l'incapacité à exécuter la position tandem adéquatement) sont associés à un risque plus élevé de tomber chez les hommes. Cela dit, seuls les liens entre la douleur, l'équilibre et la comorbidité, d'une part, et l'incidence de chutes, d'autre part, ont fait ressortir des différences marquées entre les sexes²⁰.

Il appert que la perte de la masse musculaire squelettique (c.-à-d., sarcopénie) et aussi l'obésité sont des facteurs de risque de faire une chute. La plupart des études ne permettent toutefois pas d'en dégager à cet effet des différences entre les sexes ou l'incidence des chutes. Échelonnée sur quatre ans, une étude comparative des cohortes menée auprès de 307 aînés (60 ans et plus) vivant dans la collectivité au Nouveau-Mexique n'a fait ressortir aucun lien direct entre les chutes et la composition corporelle des hommes et des femmes. Cela dit, elle a montré des différences entre les sexes en ce qui a trait à la composition corporelle et à la détérioration de l'équilibre et de la démarche. Elle a fait ressortir plus nettement la corrélation entre l'excédent de masse maigre, particulièrement en présence de sarcopénie, et le trouble de l'équilibre chez les aînés de sexe masculin, alors que la corrélation entre l'excédent de masse grasse (obésité) apparaît plus nette sur ce plan chez les aînés de sexe féminin²¹.

Il existe trop peu d'études sur les différences entre les sexes en ce qui concerne les facteurs de risque associés aux chutes chez les aînés vivant dans la collectivité qui consultent le médecin après une chute²². Une étude canadienne (n = 462) a révélé que les aînés de sexe masculin vivant dans la collectivité et consultant le médecin après une chute tombaient plus fréquemment que leurs homologues de sexe féminin. L'étude a permis de dégager quatre facteurs de risque, c'est-à-dire un déficit cognitif et de la mobilité, une indifférence et une faible confiance en ses propres capacités et un trouble de l'humeur, un sentiment d'être en mauvaise santé, et une résilience liée à la mobilité, définie dans l'étude comme étant une mobilité maintenue malgré la présence d'une comorbidité. La résilience liée à la mobilité assurait une moins grande protection contre les chutes chez les hommes que chez les femmes. Les auteurs de l'étude attribuent cette constatation aux fonctions exécutives déficientes ou diminuées chez les hommes, ce qui nuit au jugement et ralentit la vitesse de prise de décision durant la mobilité²³.

Types de chute

La descente de l'escalier est un mode de locomotion quotidien incontournable. Le mouvement se révèle l'un des plus difficiles et peut-être aussi l'un des plus dangereux pour les aînés^{24,25}. Lors d'une étude sur les différences dans le maintien de l'équilibre en fonction de l'âge et du genre, 47 aînés et 38 jeunes adultes devaient exécuter une descente en partant d'une marche pour poser le pied sur un tapis de mousse. Les femmes ont présenté avec l'âge des valeurs de balancement et de vélocité du centre de pression plus élevées, dans les deux sens, alors que les aînés de sexe masculin ont présenté des valeurs plus élevées dans la direction antéro-postérieure seulement. On pourrait en déduire qu'il s'agit là d'un indicateur que les hommes sont plus à risque de faire une chute vers l'avant en vieillissant, alors que les femmes sont plus susceptibles de tomber soit vers l'avant, soit sur le côté²⁵.

Facteurs de risque liés au cadre de vie et habitudes de vie liées à l'activité physique

Une étude exhaustive sur les éléments du milieu de vie qui sont associés aux blessures consécutives à une chute a été menée à partir de la description narrative de 400 000 répondants à l'enquête nationale par entrevue sur la santé de la population, une enquête réalisée par le National Center for Health Statistics des États-Unis²⁶. La conversion des textes en codes de réponse s'est effectuée à l'aide d'une taxonomie personnalisée permettant de chiffrer l'endroit, l'activité, ce qui a provoqué la chute, les facteurs de risque de faire une chute et les liens avec le travail²⁷.

Dans une forte proportion, les hommes de tous les groupes d'âge ont déclaré s'être blessés lors d'une chute survenue dehors, alors qu'une forte proportion de femmes ont signalé s'être blessées lors d'une chute faite à l'intérieur. La marche s'avère l'activité la plus souvent citée comme étant celle faite au moment de tomber, tous genres et tous groupes d'âge confondus, sauf pour les jeunes hommes. Chez les femmes, l'escalier est le deuxième endroit nommé comme étant celui où les blessures liées à une chute avaient été provoquées. L'incidence des blessures consécutives à une chute dans une échelle s'avère plus élevée chez les hommes d'âge moyen. Les femmes sont plus susceptibles de trébucher que les hommes, quel que soit leur groupe d'âge, la différence dans la démarche de l'homme et de la femme expliquant sans doute cette constatation²⁸⁻³⁰. La même constatation avait été faite lors de l'étude mentionnée plus haut au sujet des chutes chez les jeunes (de 18 à 27 ans) et réalisée par Cho et ses collègues¹⁸. Les objets imposants (p. ex., meubles), l'escalier et ses marches et l'altération de la surface (p. ex., trottoirs verglacés) représentent les trois plus importants dangers de la vie quotidienne, tous genres et tous groupes d'âge confondus²⁷.

Deux autres facteurs environnementaux ressortant des études pourraient être associés aux différences entre les sexes en ce qui concerne les chutes chez les aînés vivant dans la collectivité. D'abord, les femmes sont plus susceptibles de tomber durant les mois d'hiver, alors que les hommes présentent un risque plus élevé de faire une chute durant l'été, une constatation qu'il serait possible d'attribuer aux différences observées entre les sexes par rapport aux habitudes de la vie quotidienne^{31,32}. Ensuite,

d'après les résultats d'une étude longitudinale, il existe des différences entre les sexes en ce qui concerne le type de chaussures portées au moment de faire une chute. Les femmes portaient effectivement à ce moment-là plus souvent des pantoufles et les hommes, des souliers. Cette observation a mené les auteurs à conclure que certains aînés ne mettent pas adéquatement leurs souliers ou ne portent pas les bons souliers (c.-à-d., fermés, à semelle de caoutchouc), ce qui aiderait à diminuer le risque de tomber³².

Étant donné l'importance de l'exercice pour prévenir les chutes chez les aînés, l'un des éléments à considérer au moment de mettre en place une intervention pertinente est la mesure dans laquelle les femmes et les hommes sujets aux chutes adoptent des habitudes liées à l'activité physique différentes des personnes qui tombent moins souvent voire pas du tout. La question a fait l'objet d'une étude réalisée par Stahl et Albert. Les chercheurs ont recueilli des données auto-déclarées et ont validé les mesures de base au sujet de l'activité physique, puis effectué des suivis après une période de 6 mois et de 12 mois auprès de 1487 aînés (50 ans et plus) fréquentant un centre pour aînés dans les quatre coins de la Pennsylvanie. Les hommes sujets aux chutes à répétition ont signalé une diminution de leurs loisirs et de leurs activités physiques et de leurs travaux ménagers et d'entretien autour de la maison comparativement aux individus qui tombent moins souvent ou jamais. Au contraire, les femmes ont déclaré avoir poursuivi les mêmes activités, nonobstant leurs réponses au sujet de la fréquence des chutes. La seule activité faisant exception s'est révélée être la marche, car celle-ci avait diminué chez les personnes des deux sexes ayant déclaré tomber souvent³³.

L'étude mentionnée plus haut et réalisée par Cho et ses collègues offre un certain éclairage sur les circonstances et les habitudes de vie liées à l'activité physique qui entrent en ligne de compte dans le nombre de chutes observé chez les jeunes adultes¹⁸. Chez les jeunes hommes, toutes les blessures attribuables à une chute sont survenues lors d'une activité présentant des risques élevés, comme le sport (86 %), ou en faisant de la course à pied ou du jogging (14 %). Chez les jeunes femmes, 38 pour cent ont déclaré que les blessures consécutives à une chute étaient survenues en marchant. Les chaussures pourraient expliquer en partie ce pourcentage, parce que les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à déclarer être tombées à cause de leurs chaussures. Les jeunes femmes ont été deux fois plus nombreuses que les jeunes hommes à déclarer qu'elles parlaient au moment de tomber, ce qui pourrait indiquer l'exigence plus importante sur les fonctions cognitives des femmes lors de l'exécution d'activités locomotrices multiples. Les auteurs présentent trois autres hypothèses pour expliquer le phénomène : les femmes ont un moins bon équilibre que les hommes si elles parlent au moment de faire une chute, elles sont plus susceptibles de parler durant leurs activités de la vie quotidienne et elles sont plus susceptibles que les hommes de se rappeler être en train de parler¹⁸.

Peur de tomber

La peur de tomber réfère à la crainte permanente de faire une chute susceptible d'amener l'individu à fuir les activités de sa vie quotidienne³⁴. On associe la crainte persistante – et non traitée – de faire une

chute au déconditionnement, à l'isolement social, à la dépression, à la multiplication des chutes, à une santé fragilisée, au déclin de la mobilité et à une mortalité accrue³⁵⁻³⁸.

Dans les études remontant un peu plus loin, les hommes avaient moins tendance à déclarer avoir peur de faire une chute que les femmes. Cette constatation avait été attribuée aux rôles associés aux genres et aux constructions sociales de la masculinité ayant entraîné des préjugés à l'égard des hommes qui exprimaient leur peur^{39,40}. Les données recueillies lors d'études plus récentes montrent toutefois que la peur de tomber représente un facteur de risque de faire une chute aussi bien pour les hommes que pour les femmes, révélant ainsi que les normes liées au genre évoluent peut-être avec le temps^{41,42}. Dans les dernières années, une étude réalisée par Wang et ses collègues auprès de 485 aînés (de 65 à 80 ans) montre que la peur de tomber constitue le principal facteur de risque de faire une chute chez les hommes⁵. Qui plus est, comme il a été souligné plus haut, les hommes de la catégorie des « individus sujets aux chutes à répétition » sont plus susceptibles de freiner leurs activités physiques habituelles que les femmes de la même catégorie³³. Cette réalité pourrait découler de l'influence exercée par la peur de tomber sur le comportement des hommes enclins à tomber.

Perceptions concernant les chutes et activités de prévention des chutes

Les études qualitatives révèlent des différences entre les genres dans les perceptions des aînés au sujet des chutes. Elles font aussi état de différences entre les genres en ce qui concerne les activités de prévention des chutes et les préférences et la participation afférentes chez les aînés. Les femmes tendent à prendre conscience des chutes dans le contexte de leur rôle d'aidantes⁴³, une constatation étayée par le fait que les hommes semblent se fier à l'encouragement des femmes à participer aux programmes de prévention des chutes, estimant que les femmes ont pour rôle de les motiver à se maintenir en bonne santé⁴⁴.

À la question de savoir s'ils ont tendance à faire des chutes, les hommes comme les femmes ont mentionné des facteurs extrinsèques liés à la maison et au milieu de vie plutôt que des problèmes médicaux ou de santé. Les hommes ont été tout de même plus nombreux à signaler des facteurs extrinsèques à l'extérieur de la maison (p. ex., sécurité dans les échelles). Les femmes ont été quant à elles plus nombreuses à faire état de précautions prises à la maison pour atténuer les risques, par exemple tenir la rampe d'escalier et retirer les carpettes⁴³.

Les recherches sur les points de vue genrés chez les aînés relativement à l'exercice pour prévenir les chutes sont rares. Lors de leur revue systématique sur le sujet, Sandlund et ses collègues ont constaté que seulement 5 des 25 textes sélectionnés faisaient état d'une quelconque analyse en fonction des genres⁴⁵. Une série de groupes de discussion impliquant des aînés vivant dans la collectivité aux États-Unis a fait ressortir des différences entre les genres pour ce qui est de la motivation à faire de l'exercice pour prévenir les chutes. Bien que le maintien en bonne santé constitue un facteur de motivation pour les deux genres, les femmes ont souligné qu'elles devaient se maintenir en santé pour gérer leurs

responsabilités quotidiennes. Les hommes ont plutôt associé l'exercice au maintien de la forme physique⁴⁶.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de participer à des programmes d'exercices conçus pour prévenir les chutes^{47,48}. Cela dit, ce n'est pas nécessairement par manque d'intérêt chez les hommes, étant donné que les aînés de sexe masculin s'affirment prêts à prendre part à des conversations sur la prévention des chutes. Ils reconnaissent aussi leur propre vulnérabilité et leur désir de conserver leur indépendance⁴⁹. Une étude par méthodes mixtes réalisée par Anderson et ses collègues sur les barrières à la participation des aînés de sexe masculin aux programmes d'exercices révèle de nombreux thèmes fondamentaux, y compris le nombre des femmes supérieur à celui des hommes, la dichotomie entre le rôle genré des hommes et la nature des programmes (perçus comme étant « féminins »), et une prédilection pour d'autres types d'activité physique⁵⁰.

Enjeux associés à l'équité découlant des différences entre les sexes et les genres en ce qui a trait aux chutes

Relativement peu de recherches ont porté sur les relations entre les déterminants sociaux de la santé et les iniquités de genre, d'une part, et l'incidence des chutes et des blessures attribuables à une chute, d'autre part. D'après les études sur les populations, les aînés qui font des chutes à répétition sont généralement plus susceptibles d'avoir un revenu et un niveau de scolarité faibles et de se trouver dans une situation de défavorisation sociale. Ils sont également plus susceptibles de vivre dans une maison nécessitant d'importantes réparations et dans des quartiers présentant des risques de chute, comme des trottoirs mal entretenus^{51,52}. Une étude menée au Canada a montré un lien de cause à effet entre l'insécurité alimentaire grave et les blessures non intentionnelles, y compris les chutes⁵³. La défavorisation matérielle et sociale semble augmenter le risque de chute pour les deux sexes. On pourrait cependant soutenir que les femmes subissent de manière disproportionnée les effets des conditions sociales, économiques et environnementales influant sur les chutes étant donné que les aînées du Canada (65 ans et plus) sont plus susceptibles de vivre dans un ménage à faible revenu⁵⁴.

La question des iniquités de santé liées aux chutes et ayant des répercussions sur les hommes fait suite aux préoccupations soulevées au sujet du caractère hautement féminin des travaux de recherche sur les chutes en raison de la surreprésentation des femmes dans la plupart des études⁵⁵⁻⁵⁷. Conséquemment, les recherches sur les chutes ne portent pas suffisamment d'attention aux besoins, aux préférences et aux priorités des hommes⁵⁸. Négliger ainsi la voix des hommes entraîne la perpétuation des stéréotypes de genre, par exemple que les hommes n'ont pas besoin d'information sur la prévention des chutes ni envie de s'en informer⁴⁵. Les iniquités de genre dans le domaine des recherches sur les chutes, qui visent essentiellement à étayer les interventions de prévention, semblent avoir exercé un effet d'entraînement sur les pratiques de prévention des chutes. Comme il a été mentionné plus haut, les femmes constituent la majorité des participants aux programmes d'exercices conçus pour prévenir les chutes^{47,48}, et les

hommes estiment que le contenu de ces programmes ne reflète pas leurs centres d'intérêt ni leurs préférences quant aux formes d'activité physique⁵⁰.

Implications pour les recherches et les pratiques

Jusqu'à tout récemment, les travaux de recherche sur les chutes ont traité de la question des sexes comme étant un facteur modérateur et ont surtout eu pour objectif d'analyser la part relative des sexes dans le nombre de chutes et les risques de faire une chute^{1,43}. Dans des études menées plus récemment, des chercheurs expliquent un peu plus en détail l'influence des différences entre les sexes et les genres quant à certaines questions liées aux chutes et à la prévention des chutes. Pensons par exemple à la différence de points de vue entre les hommes et les femmes quant au risque de faire une chute et aux habitudes adoptées pour prévenir les chutes. Il importe au plus haut point de comprendre les différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les connaissances, les attitudes et les comportements associés aux chutes si on veut élaborer des stratégies d'intervention efficaces pour prévenir les chutes chez les aînés et promouvoir le vieillissement en bonne santé⁴³.

À l'avenir, les recherches sur les chutes et les genres devraient comporter un volet pour l'élaboration et l'essai pilote de mécanismes d'évaluation du risque de tomber et d'interventions fondés sur les différences entre les genres en ce qui a trait à l'approche des aînés pour prévenir les chutes⁴³. Il faudrait en outre pousser les recherches plus loin afin de mieux comprendre les différences entre les genres relativement à la relation dynamique entre les principaux facteurs de risque associés aux chutes, comme la mobilité et la cognition²³.

Que ce soit dans les recherches sur les chutes ou les interventions en matière de prévention des chutes, la force des choses pourrait expliquer l'iniquité de santé associée à l'attention disproportionnée portée aux femmes. En effet, le pourcentage des femmes augmente à mesure qu'elles avancent en âge parce que leur espérance de vie dépasse celle des hommes. C'est ainsi qu'elles se voient accorder la priorité dans les stratégies de prévention des chutes⁵⁹. La réalité démographique ne diminue en rien l'utilité de chercher à intéresser les aînés de sexe masculin aux programmes de prévention des chutes. Pour augmenter la participation des hommes au cours de conditionnement physique et aux autres activités de prévention des chutes, il faut revoir la façon d'aborder la conception et la promotion des programmes afin de tenir compte aussi bien des champs d'intérêt et des préférences des aînés de sexe masculin que de ceux des aînés de sexe féminin⁴⁵. Les stratégies de publicité ciblées présentent le potentiel de produire des effets positifs sur la participation des hommes aux cours de conditionnement physique conçus pour prévenir les chutes. À un sondage sur les obstacles à la participation à de tels cours, 90 pour cent des hommes ont répondu qu'ils seraient plus enclins à s'inscrire si les publicités incluaient des hommes⁵⁰.

Enfin, une plus grande prise en compte des déterminants sociaux, financiers et environnementaux des chutes, y compris la situation financière, la sécurité à la maison et l'état du quartier, servirait les hommes comme les femmes. On connaît depuis longtemps l'importance de ces facteurs sur le

vieillesse en bonne santé et le bien-être. On fait pourtant encore porter la responsabilité de la prévention des chutes par les médecins et chaque individu⁶⁰. En matière de chutes, les activités fondées sur les lacunes liées aux déterminants sociaux de la santé présentent la potentialité non pas seulement de prévenir les chutes, mais aussi de promouvoir un vieillissement en bonne santé et d'améliorer la qualité de vie des aînés.

En résumé

Règle générale, les études montrent que les femmes sont plus vulnérables aux chutes que les hommes. Elles sont aussi plus susceptibles de se blesser ou de devoir être hospitalisées à la suite d'une chute. Leur profil de risque diffère de celui des hommes en ce qui concerne les indicateurs de comorbidités et d'état de santé associés aux chutes. Les femmes se distinguent aussi des hommes sur le plan des facteurs de risque environnemental et des habitudes liées à l'activité physique (p. ex., les hommes déclarant un plus grand pourcentage de blessures survenues dehors). La peur de tomber ressort chez les hommes comme chez les femmes à risque. Les femmes participent plus volontiers que les hommes aux programmes d'exercices et aux autres activités de prévention des chutes, car ceux-ci sont adaptés selon certains aux champs d'intérêt et aux préférences des femmes. Les hommes et les femmes en situation de défavorisation sociale et matérielle selon les principales mesures (p. ex., revenu faible, logement inadéquat) sont plus vulnérables aux chutes et aux blessures attribuables à une chute. À partir de maintenant, les recherches sur les chutes devraient comporter un volet pour l'élaboration et l'essai pilote de mécanismes d'évaluation du risque de tomber et d'intervention fondés sur les différences entre les genres en ce qui a trait à l'approche des aînés pour prévenir les chutes. Les acteurs dans le domaine de la prévention des chutes devraient en outre concentrer leurs efforts sur des stratégies propres à augmenter le taux de participation des hommes. Enfin, il y aurait lieu de se pencher sur les chutes attribuables à des iniquités d'accès associées aux déterminants sociaux de la santé, ce qui servirait les hommes comme les femmes vulnérables aux chutes.

Loop – principales ressources sur les différences entre les genres en ce qui concerne les chutes

Fils de discussion

Men more likely to die from falls than women says 2015 Injury Deaths in Canada report (19 juin 2019)

Ce fil de discussion fait état de l'article intitulé *Aperçu – Décès attribuables à des blessures au Canada en 2015* publié par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les auteurs rattachés à l'Agence constatent que les TNA [taux normalisés selon l'âge] associés aux chutes révèlent un taux de mortalité plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Ils l'expliquent par le fait que la population de femmes de plus de 60 ans au Canada est plus nombreuse et que le taux de mortalité associé aux chutes augmente considérablement pour la population d'aînés.

<https://www.fallsloop.com/discussions/11156> (en anglais)

Modifying and orienting interventions and services to reduce health disparities for marginalized and priority populations (19 mai 2017)

Ce fil de discussion porte sur l'importance de veiller à ce que les disparités de santé touchant les populations en situation de marginalisation soient prises en compte dans les processus de planification et d'évaluation des programmes de prévention des chutes. Il y est question de l'utilité de la pratique réflexive, la réflexion critique par laquelle les professionnels font une introspection et prennent conscience de leurs valeurs, de leurs idées reçues et de leurs croyances, ce qui leur permet de déterminer la mesure dans laquelle un programme de prévention des chutes pourrait de manière non intentionnelle privilégier ou défavoriser certains groupes de population. Des exemples de cas et des liens vers des ressources et des outils d'évaluation en matière d'équité en santé y sont aussi donnés.

<https://www.fallsloop.com/discussions/10623> (en anglais)

Falls from Ladders in Ontario (18 novembre 2016)

Ce fil de discussion comporte des conseils pour éviter de tomber d'une échelle, un facteur de risque associé de manière disproportionnée aux hommes d'âge moyen. On y décrit en plus les résultats d'une campagne de sensibilisation à la prévention des chutes d'une échelle intitulée *DIY Falls: Take Time Before You Climb* et menée en 2014 en Nouvelle-Zélande.

<https://www.fallsloop.com/discussions/10470> (en anglais)

Osteoporosis Month November 2016 (24 octobre 2016)

Ce fil de discussion fait l'annonce du lancement du mois de l'ostéoporose au Canada. On y cite « qu'une femme sur trois et qu'un homme sur cinq subira au cours de sa vie une fracture ostéoporotique entraînant une diminution de la qualité de vie, une perte d'autonomie, une peur de tomber et un placement en établissement, une hospitalisation ou la mort, ce qui viendra en plus alourdir le fardeau du système de soins de santé ».

<https://www.fallsloop.com/discussions/10444> (en anglais)

The role of OTs in fall prevention (4 novembre 2015)

Ce fil de discussion porte sur le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention des chutes. On y présente diverses situations à considérer au moment d'évaluer la sécurité dans une maison où vivent des aînés présentant un risque modéré ou élevé de faire une chute. L'une des situations mentionnées concerne les personnes d'un sexe précis : « Si un homme présente un trouble de l'équilibre ou de la force

musculaire, devrait-on l'encourager à songer à s'asseoir sur la toilette au lieu de se tenir debout? Accueillera-t-il bien cette suggestion de changement à sa façon de vivre? »

Références bibliographiques

1. Tay PKC, Chan A, Tan PJ, Wong CH. Sex differences in perceptions toward falls among older adults living in the community in Singapore. *J Aging Health*. Déc 2020;32(10):1355-62. doi: 10.1177/0898264320925972. PMID: 32 544 023.
2. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. Mai 2000;50(10):1385-401. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00390-1. PMID: 10741575.
3. Franse CB, Rietjens JA, Burdorf A, van Grieken A, Korfage IJ, van der Heide A, et al. A prospective study on the variation in falling and fall risk among community-dwelling older citizens in 12 European countries. *BMJ Open*. 30 juin 2017;7(6):e015827. doi: 10.1136/bmjopen-2017-015827. PMID: 28667220; PMCID: PMC5726118.
4. Carrasco C, Tomas-Carus P, Bravo J, Pereira C, Mendes F. Understanding fall risk factors in community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Int J Older People Nurs*. Mars 2020;15(1):e12294. doi: 10.1111/opn.12294. PMID: 31803994.
5. Wang RH, Hsu HC, Chen SY, Lee CM, Lee YJ, Ma SM, et al. Risk factors of falls and the gender differences in older adults with diabetes at outpatient clinics. *J Adv Nurs*. Juin 2021;77(6):2718-2727. doi: 10.1111/jan.14795. PMID: 33615509.
6. Painter JA, Elliott SJ, Hudson S. Falls in community-dwelling adults aged 50 years and older: prevalence and contributing factors. *J Allied Health*. Hiver 2009;38(4):201-7. PMID: 20011818.
7. Muraki S, Akune T, Ishimoto Y, Nagata K, Yoshida M, Tanaka S, et al. Risk factors for falls in a longitudinal population-based cohort study of Japanese men and women: the ROAD Study. *Bone*. Jan 2013;52(1):516-23. doi: 10.1016/j.bone.2012.10.020. PMID: 23103329.
8. Caban-Martinez AJ, Courtney TK, Chang WR, Lombardi DA, Huang YH, Brennan MJ, et al. Leisure-time physical activity, falls, and fall injuries in middle-aged adults. *Am J Prev Med*. Déc 2015;49(6):888-901. doi: 10.1016/j.amepre.2015.05.022. PMID: 26232899.
9. Stevens JA, Corso PS, Finkelstein EA, Miller TR. The costs of fatal and non-fatal falls among older adults. *Inj Prev*. Oct 2006;12(5):290-5. doi: 10.1136/ip.2005.011015. PMID: 17018668; PMCID: PMC2563445.
10. Adams PF, Kirzinger WK, Martinez M. Summary health statistics for the U.S. population: National Health Interview Survey, 2012. *Vital Health Stat* 10. Déc 2013;(259):1-95. PMID: 24784762.
11. Hendrie D, Hall SE, Arena G, Legge M. Health system costs of falls of older adults in Western Australia. *Aust Health Rev*. 13 déc 2004;28(3):363-73. doi: 10.1071/ah040363. PMID: 15595920.
12. Stevens JA, Sogolow ED. Gender differences for non-fatal unintentional fall related injuries among older adults. *Inj Prev*. Avril 2005;11(2):115-9. doi: 10.1136/ip.2004.005835. PMID: 15805442; PMCID: PMC1730193.

13. Burns ER, Stevens JA, Lee R. The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults - United States. *J Safety Res.* Sep 2016;58:99-103. doi: 10.1016/j.jsr.2016.05.001. PMID: 27620939; PMCID: PMC6823838.
14. Chen TY, Chan A, Andersen-Ranberg K, Herr M, Fors S, et al. Prevalence and correlates of falls among centenarians: results from the Five-Country Oldest Old Project (5-COOP). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 17 avril 2020;75(5):974-979. doi: 10.1093/gerona/glz116. PMID: 31054257.
15. Deandrea S, Bravi F, Turati F, Lucenteforte E, La Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* Mai-juin 2013;56(3):407-15. doi: 10.1016/j.archger.2012.12.006. PMID: 23294998.
16. Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Claiborne Dunagan W, Fischer I, Johnson S, et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *J Gen Intern Med.* Juil 2004;19(7):732-9. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.30387.x. PMID: 15209586; PMCID: PMC1492485.
17. Hill AM, Hoffmann T, McPhail S, Beer C, Hill KD, Oliver D, et al. Evaluation of the sustained effect of inpatient falls prevention education and predictors of falls after hospital discharge--follow-up to a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* Sep 2011;66(9):1001-12. doi: 10.1093/gerona/glr085. PMID: 21743091.
18. Cho H, Heijnen MJH, Craig BA, Rietdyk S. Falls in young adults: The effect of sex, physical activity, and prescription medications. *PLoS One.* 22 avril 2021;16(4):e0250360. doi: 10.1371/journal.pone.0250360. PMID: 33886646; PMCID: PMC8061998.
19. Ek S, Rizzuto D, Fratiglioni L, Calderón-Larrañaga A, Johnell K, Sjöberg L, et al. Risk factors for injurious falls in older adults: the role of sex and length of follow-up. *J Am Geriatr Soc.* Fév 2019;67(2):246-253. doi: 10.1111/jgs.15657. PMID: 30496601; PMCID: PMC7379536.
20. Gale CR, Westbury LD, Cooper C, Dennison EM. Risk factors for incident falls in older men and women: the English longitudinal study of ageing. *BMC Geriatr.* 16 mai 2018;18(1):117. doi: 10.1186/s12877-018-0806-3. PMID: 29769023; PMCID: PMC5956831.
21. Waters DL, Qualls CR, Cesari M, Rolland Y, Vlietstra L, Vellas B. Relationship of incident falls with balance deficits and body composition in male and female community-dwelling elders. *J Nutr Health Aging.* 2019;23(1):9-13. doi: 10.1007/s12603-018-1087-4. PMID: 30569062.
22. Russell MA, Hill KD, Blackberry I, Day LL, Dharmage SC. Falls risk and functional decline in older fallers discharged directly from emergency departments. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* Oct 2006;61(10):1090-5. doi: 10.1093/gerona/61.10.1090. PMID: 17077205.
23. Jehu DA, Davis JC, Barha CK, Vesely K, Cheung W, Liu-Ambrose T. Sex differences in subsequent falls and falls risk: a prospective cohort study in older adults. *Gerontology.* 29 juin 2021:1-8. doi: 10.1159/000516260. PMID: 34186535.
24. Bosse I, Oberländer KD, Savelberg HH, Meijer K, Brüggemann GP, Karamanidis K. Dynamic stability control in younger and older adults during stair descent. *Hum Mov Sci.* Déc 2012;31(6):1560-70. doi: 10.1016/j.humov.2012.05.003. PMID: 22853941.
25. Kováčiková Z, Sarvestan J, Zemková E. Age-related differences in stair descent balance control: Are women more prone to falls than men? *PLoS One.* 7 jan 2021;16(1):e0244990. doi: 10.1371/journal.pone.0244990. PMID: 33411803; PMCID: PMC7790224.

26. Centers for Disease Control and Prevention. *National health Interview Survey 2014*. <http://ghdx.healthdata.org/record/united-states-national-health-interview-survey-2014>
27. Timsina LR, Willetts JL, Brennan MJ, Marucci-Wellman H, Lombardi DA, et al. Circumstances of fall-related injuries by age and gender among community-dwelling adults in the United States. *PLoS One*. 4 mai 2017;12(5):e0176561. doi: 10.1371/journal.pone.0176561. PMID: 28472065; PMCID: PMC5417511.
28. Kerrigan DC, Todd MK, Della Croce U. Gender differences in joint biomechanics during walking: normative study in young adults. *Am J Phys Med Rehabil*. Jan-fév 1998;77(1):2-7. doi: 10.1097/00002060-199801000-00002. PMID: 9482373.
29. Cho SH, Park JM, Kwon OY. Gender differences in three dimensional gait analysis data from 98 healthy Korean adults. *Clin Biomech* (Bristol, Avon). Fév 2004;19(2):145-52. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2003.10.003. PMID: 14967577.
30. Ferber R, Davis IM, Williams DS 3rd. Gender differences in lower extremity mechanics during running. *Clin Biomech* (Bristol, Avon). Mai 2003;18(4):350-7. doi: 10.1016/s0268-0033(03)00025-1. PMID: 12689785.
31. Berg WP, Alessio HM, Mills EM, Tong C. Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults. *Age Ageing*. Juil 1997;26(4):261-8. doi: 10.1093/ageing/26.4.261. PMID: 9271288.
32. Molés Julio MP, Lavedán Santamaría A, Botigué Satorra T, Masot Ariño O, et al. Characteristics and circumstances of falls in the community-dwelling older adult population. *J Prim Care Community Health*. Jan-déc 2020;11:2150132720940508. doi: 10.1177/2150132720940508. PMID: 32723163; PMCID: PMC7391426.
33. Stahl ST, Albert SM. Gender differences in physical activity patterns among older adults who fall. *Prev Med*. Fév 2015;71:94-100. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.12.016. PMID: 25535677; PMCID: PMC4844019.
34. Tinetti ME, Powell L. Fear of falling and low self-efficacy: a case of dependence in elderly persons. *J Gerontol*. Sep 1993;48 Spec No:35-8. doi: 10.1093/geronj/48.special_issue.35. PMID: 8409238.
35. Scheffer AC, Schuurmans MJ, van Dijk N, van der Hooft T, de Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing*. Jan 2008;37(1):19-24. doi: 10.1093/ageing/afm169. PMID: 18194967.
36. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgartner RN, Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age Ageing*. Mai 1997;26(3):189-93. doi: 10.1093/ageing/26.3.189. PMID: 9223714.
37. Viljanen A, Kulmala J, Rantakokko M, Koskenvuo M, Kaprio J, Rantanen T. Fear of falling and coexisting sensory difficulties as predictors of mobility decline in older women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. Nov 2012;67(11):1230-7. doi: 10.1093/gerona/gls134. PMID: 22546957.
38. Suzuki M, Ohyama N, Yamada K, Kanamori M. The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nurs Health Sci*. Déc 2002;4(4):155-61. doi: 10.1046/j.1442-2018.2002.00123.x. PMID: 12406202.
39. Chamberlin ME, Fulwider BD, Sanders SL, Medeiros JM. Does fear of falling influence spatial and temporal gait parameters in elderly persons beyond changes associated with normal aging?

- J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* Sep 2005;60(9):1163-7. doi: 10.1093/gerona/60.9.1163. PMID: 16183957.
40. Miller WC, Speechley M, Deathe B. The prevalence and risk factors of falling and fear of falling among lower extremity amputees. *Arch Phys Med Rehabil.* Août 2001;82(8):1031-7. doi: 10.1053/apmr.2001.24295. PMID: 11494181.
 41. O YM, Fakiri F. Gender differences in risk factors for single and recurrent falls among the community-dwelling elderly. *SAGE Open.* 2015; 5(3). doi: 10.1177/2158244015602045.
 42. Jefferis BJ, Iliffe S, Kendrick D, Kerse N, Trost S, Lennon LT, et al. How are falls and fear of falling associated with objectively measured physical activity in a cohort of community-dwelling older men? *BMC Geriatr.* 27 oct 2014;14:114. doi: 10.1186/1471-2318-14-114. PMID: 25348492; PMCID: PMC4223846.
 43. Patton S, Vincenzo J, Lefler L. Gender differences in older adults' perceptions of falls and fall prevention. *Health Promot Pract.* 10 mai 2021;15248399211009783. doi: 10.1177/15248399211009783. PMID: 33969733.
 44. Clark L, Thoreson S, Goss CW, Zimmer LM, Marosits M, DiGuseppi C. Understanding fall meaning and context in marketing balance classes to older adults. *J Appl Gerontol.* Fév 2013;32(1):96-119. doi: 10.1177/0733464811399896. PMID: 25473927.
 45. Sandlund M, Skelton DA, Pohl P, Ahlgren C, Melander-Wikman A, Lundin-Olsson L. Gender perspectives on views and preferences of older people on exercise to prevent falls: a systematic mixed studies review. *BMC Geriatr.* 17 fév 2017;17(1):58. doi: 10.1186/s12877-017-0451-2. PMID: 28212622; PMCID: PMC5316178.
 46. Sandlund M, Pohl P, Ahlgren C, Skelton DA, Melander-Wikman A, Bergvall-Kåreborn B, Lundin-Olsson L. Gender perspective on older people's exercise preferences and motivators in the context of falls prevention: a qualitative study. *Biomed Res Int.* 18 juil 2018;2018:6865156. doi: 10.1155/2018/6865156. PMID: 30112416; PMCID: PMC6077582.
 47. El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 29 oct 2013;347:f6234. doi: 10.1136/bmj.f6234. PMID: 24169944; PMCID: PMC3812467.
 48. Yardley L, Kirby S, Ben-Shlomo Y, Gilbert R, Whitehead S, Todd C. How likely are older people to take up different falls prevention activities? *Prev Med.* Nov 2008;47(5):554-8. doi: 10.1016/j.ypmed.2008.09.001. PMID: 18817810.
 49. Liddle JL, Lovarini M, Clemson LM, Jang H, Willis K, Lord SR, et al. Men's perspectives on fall risk and fall prevention following participation in a group-based programme conducted at Men's Sheds, Australia. *Health Soc Care Community.* Mai 2017;25(3):1118-1126. doi: 10.1111/hsc.12412. PMID: 27976426.
 50. Anderson C, Seff LR, Batra A, Bhatt C, Palmer RC. Recruiting and engaging older men in evidence-based health promotion programs: perspectives on barriers and strategies. *J Aging Res.* 2016;2016:8981435. doi: 10.1155/2016/8981435. PMID: 27366330; PMCID: PMC4913010.
 51. Okoye SM, Samuel LJ, Fabius C, Mulcahy J, Reider LM, Szanton SL, et al. Home and neighborhood context of falls among black and white older Americans. *J Aging Health.* Oct 2021;33(9):721-731. doi: 10.1177/08982643211009436. PMID: 33877940; PMCID: PMC8416780.

52. Paiva MM, Lima MG, Barros MBA. Social inequalities in the impact of falls on health-related quality of life among older adults. *Cien Saude Colet*. Mai 2020;25(5):1887-1896. En anglais et en portugais. doi: 10.1590/1413-81232020255.34102019. PMID: 32402049.
53. Men F, Urquia ML, Tarasuk V. Examining the relationship between food insecurity and causes of injury in Canadian adults and adolescents. *BMC Public Health*. 2021 21, 1557 doi\; <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11610-1>.
54. Fox D, Moyser M. Femmes au Canada : Rapport statistique fondé sur le sexe au sujet du bien-être économique des femmes du Canada. Ottawa: *Statistique Canada*. 2018. Disponible: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-503-x/2015001/article/54930-fra.htm>
55. Jung H, Shin HH, Choi W, Kim KM. The relationship between fall efficacy and activity level in older adults. *Phys Occup Ther Geriatr*. 2015; 33(1), 53-63. doi: 10.3109/02703181.2014985865.
56. Landers MR, Oscar S, Sasaoka J, Vaughn K. Balance confidence and fear of falling avoidance behavior are most predictive of falling in older adults: prospective analysis. *Phys Ther*. Avril 2016;96(4):433-42. doi: 10.2522/ptj.20150184. PMID: 26294679.
57. Dingová M, Králová E. Fear of falling among community dwelling older adults. *Cent Eur J Nurs Midwifery*. 2017; 8(1), 580-587. doi: 1015452/CEJNM.2017.08.0005.
58. LaLonde KB, Zimmermann ZJ, Poling A. Behavioral gerontology research: Where are the male participants? *Behavioral Interventions*. 2015; 30(4), 378-385. doi:10.1002/bin.1416.
59. Wheaton FV, Crimmins EM. Female disability disadvantage: a global perspective on sex differences in physical function and disability. *Ageing Soc*. Jul 2016;36(6):1136-1156. doi: 10.1017/S0144686X15000227. PMID: 27453613; PMCID: PMC4957517.
60. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: "It's always a trade-off". *JAMA*. 20 jan 2010;303(3):258-66. doi: 10.1001/jama.2009.2024. PMID: 20085954; PMCID: PMC3740370.