



Décennie
pour le vieillissement
en bonne santé

2021–2030

Rapport de surveillance sur **les chutes chez les aînés au Canada**



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP,
AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE
SANTÉ PUBLIQUE.**

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Surveillance Report on Falls Among Older Adults in Canada

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télec. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications-publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2022

Date de publication : mars 2022

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

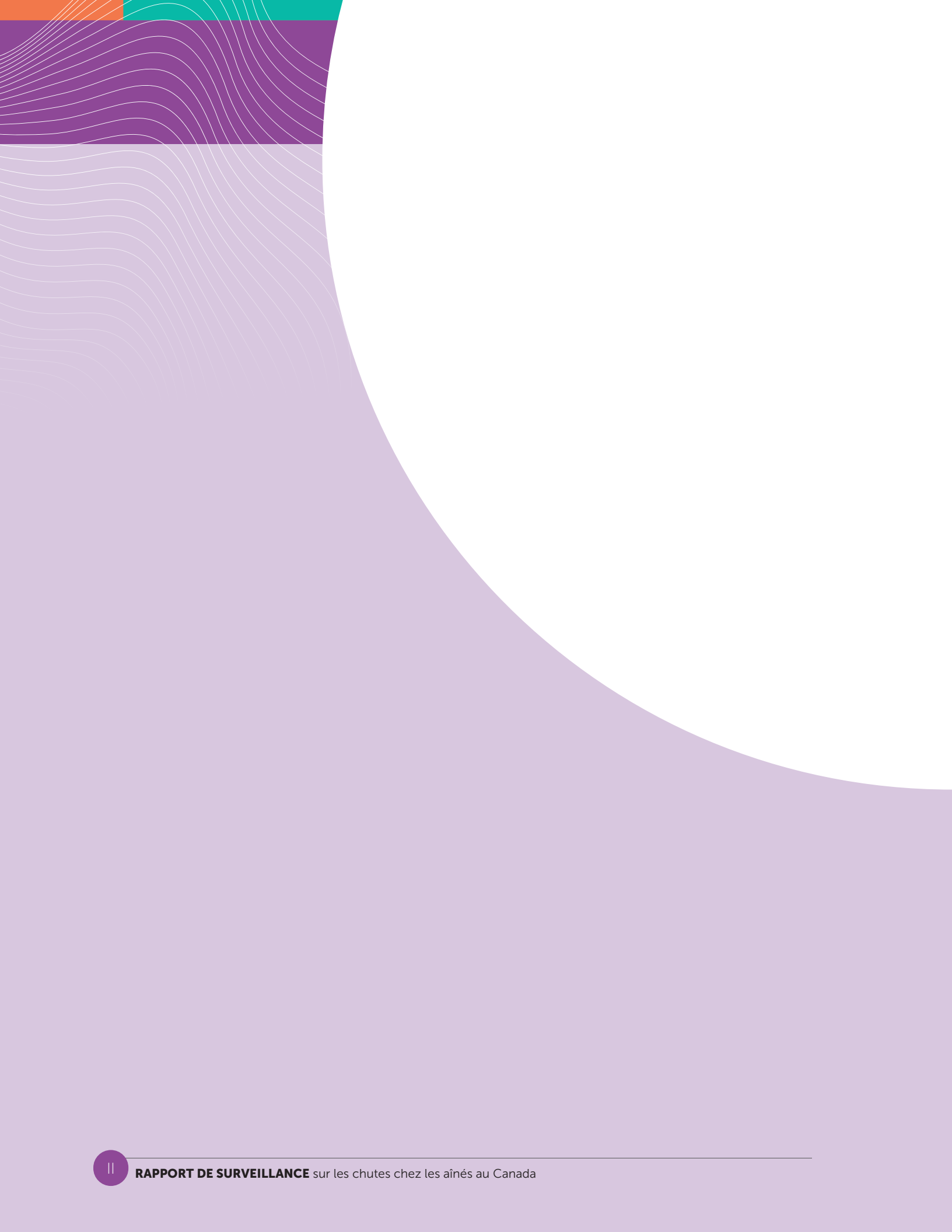
Cat. : HP35-154/2022F-PDF

ISBN : 978-0-660-41582-6

Pub. : 210744

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
PRÉFACE : ORGANISATION DE CE RAPPORT	5
1.0 INTRODUCTION	7
2.0 PORTÉE DU PROBLÈME	11
2.1 Information fournie par les personnes âgées sur les chutes et les blessures connexes	11
2.1.1 Données et définitions	11
2.1.2 Observations	12
2.1.3 Résumé	17
2.2 Ce que révèlent les données d'hospitalisation à propos des chutes chez les aînés	18
2.2.1 Données et définitions	18
2.2.2 Observations	19
2.2.3 Résumé	25
2.3 Ce que révèlent les données d'hospitalisation à propos des chutes chez les aînés vivant dans des établissements de soins	26
2.3.1 Données et définitions	26
2.3.2 Observations	26
2.3.3 Résumé	29
2.4 Ce que révèlent les données des services d'urgences à propos des chutes chez les aînés	30
2.4.1 Données et définitions	30
2.4.2 Observations	30
2.4.3 Résumé	32
2.5 Ce que révèlent les données sur la mortalité à propos des décès dus à une chute chez les aînés	32
2.5.1 Données et définitions	32
2.5.2 Observations	33
2.5.3 Résumé	35
2.6 Résumé et conclusions	36
ANNEXE	39
RÉFÉRENCES	41



SOMMAIRE

Contexte

Les chutes chez les personnes âgées constituent un problème de santé publique à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, environ un tiers des personnes âgées sont victimes de chutes chaque année. Ce pourcentage varie de 32 % à 42 % pour les personnes âgées de 70 ans ou plus.

Au Canada, les chutes sont la principale cause d'hospitalisation et de décès par blessure chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les blessures liées aux chutes réduisent la qualité de vie des personnes âgées, augmentent la charge de travail des soignants et précipitent les admissions en établissement de soins de longue durée. Le coût du traitement des blessures liées aux chutes est élevé. Avec le vieillissement de la cohorte de la génération du baby-boom, on prévoit que d'ici 2040, les personnes âgées représenteront près d'un quart de la population canadienne. Le rythme de croissance du groupe des personnes âgées de 85 ans ou plus devrait être particulièrement soutenu. Il est donc essentiel de surveiller les tendances et le fardeau des chutes chez les personnes âgées canadiennes.

Objectif

Le présent rapport fournit des mises à jour des données nationales contenues dans le rapport *Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport* sur la nature et la gravité des chutes et sur le fardeau qu'elles représentent chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, et décrit les changements survenus au fil du temps.

Sources de données

Les données proviennent de quatre sources : 1) les résultats auto-déclarés de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada pour 2017-2018; 2) les statistiques sur les hospitalisations provenant de la base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour les années 2008/2009 à 2019/2020; 3) les statistiques sur les visites au service d'urgences provenant du Système national d'information sur les soins ambulatoires de l'ICIS pour les années 2010/2011 à 2019/2020; et 4) les données sur la mortalité provenant de la base canadienne de données de l'état civil sur les décès de Statistique Canada pour 2001 à 2019.

Observations principales

En 2017-2018, 5,8 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant dans un ménage ont déclaré avoir été blessées lors d'une chute au cours des 12 derniers mois (données de l'ESCC). La prévalence des blessures liées aux chutes était plus élevée chez les femmes âgées que chez les hommes âgés, et plus élevée chez les personnes âgées de 80 ans ou plus que chez les personnes âgées de 65 à 79 ans. Pour la plupart (61 %) des chutes, les personnes sont tombées en marchant. Trente-neuf pour cent des blessures étaient des fractures. Soixante-dix pour cent des personnes âgées ayant subi une blessure liée à une chute ont consulté un médecin, et 72 % d'entre elles ont reçu un traitement d'urgence.

Selon les données sur les hospitalisations, de 2008/2009 à 2019/2020, le nombre d'hospitalisations liées à une chute de personnes âgées a augmenté de 47 %. Cependant, les taux brutes et standardisés selon l'âge des hospitalisations liées à une chute étaient relativement stables, à environ 15 pour 1 000 personnes. Les taux augmentent avec l'âge et sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Environ 52 % des chutes ayant entraîné une hospitalisation se sont produites dans un ménage et 17 % dans un établissement de soins pour bénéficiaire interne. Les hospitalisations liées à une chute ont duré en moyenne quatre à cinq jours de plus que les hospitalisations pour toutes causes confondues. Les patients hospitalisés à la suite d'une chute ayant engendré une fracture de la hanche sont restés à l'hôpital environ trois jours de plus que ceux n'ayant pas subi de fracture de la hanche. En 2019/2020, 34 % des hospitalisations liées à une chute impliquaient une fracture de la hanche. Le pourcentage de fractures de la hanche était plus élevé chez les personnes âgées qui vivaient dans un établissement de soins pour bénéficiaire interne (49 %) que chez celles qui vivaient dans un ménage (31 %).

Les données combinées sur les services d'urgences de l'Ontario et de l'Alberta révèlent que les taux brutes et standardisés selon l'âge des visites au service d'urgences liées à des chutes chez les personnes âgées ont augmenté entre 2010/2011 et 2019/2020 (de 58 à 64 pour 1 000 personnes). Les taux de visites au service d'urgences en raison d'une chute augmentent avec l'âge, et les taux des femmes étaient plus élevés que ceux des hommes.

De 2001 à 2019, les taux de mortalité bruts et standardisés selon l'âge attribuables aux chutes ont augmenté chez les personnes âgées (le taux brut était de 85 pour 100 000 personnes en 2019), et étaient plus élevés à des âges successivement plus élevés, avec une augmentation significative à partir de 90 ans. Bien que le nombre de femmes décédées à la suite d'une chute soit plus élevé, les taux de mortalité par suite d'une chute standardisés selon l'âge étaient plus élevés chez les hommes.

Conclusion

Les chutes chez les personnes âgées demeurent un grave problème de santé publique au Canada. Les taux de visite au service d'urgences et de mortalité affichent des tendances à la hausse et, bien que les taux d'hospitalisation semblent stables, le nombre de Canadiens âgés de 65 ans ou plus devant être hospitalisés pour des blessures liées à une chute est en augmentation. Les chutes et les blessures liées aux chutes chez les personnes âgées sont évitables. Les futurs efforts de prévention pourraient cibler les personnes les plus à risque : les femmes, les personnes âgées de 80 ans ou plus, ainsi que les personnes âgées qui vivent seules ou qui ont un faible revenu. Des stratégies de prévention à multiples facettes seront importantes pour réduire la prévalence des blessures et des décès liés aux chutes au sein de la population vieillissante du Canada.

REMERCIEMENTS

Le rapport a été préparé par les personnes suivantes (actuellement et anciennement) au Centre de surveillance et de recherche appliquée (CSAR) de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) : Felix Bang, Yosuf Kaliwal, Wendy Thompson et Xiaoquan Yao ; au Centre de promotion de la santé (CPS) de l'ASPC : Simone Powell, Joanne Bowater et Emma Tittonel, ainsi que Stephanie Cowle, Pamela Fuselli, Hélène Gagné et Alison Stirling de Parachute.

Nous tenons également à souligner la contribution des personnes suivantes, qui ont fourni une révision et des commentaires utiles à l'élaboration de ce rapport : Kerry Anderson, André Champagne, Amélie Gauthier-Beaupré, Meghan Grainger, Clare Jackson, Korry MacLeod, Steven McFaull, Danielle Provost, Jordana Sternthal et Sarah Zutrauen.

Remerciements sincères à Mary Sue Deveraux pour son travail d'édition et ses conseils, et nous aimerons également inclure Sophie Maisonneuve des Services de création.



PRÉFACE : ORGANISATION DE CE RAPPORT

LE CHAPITRE 1

Introduction expose les objectifs du rapport et décrit les sources de données.

LE CHAPITRE 2

Portée du problème offre un aperçu des données sur les blessures, les hospitalisations, les présentations au service d'urgences et les décès liés aux chutes chez les Canadiens de 65 ans ou plus.



1.0 INTRODUCTION

Les chutes chez les personnes âgées (65 ans ou plus) constituent un problème de santé publique dans le monde entier^(1,2), entraînant des visites au service d'urgence, des hospitalisations, une perte de qualité de vie et d'indépendance, ainsi que des décès. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la chute comme un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment, à l'exclusion du changement intentionnel de position pour s'appuyer sur un meuble, un mur ou tout autre objet^(2,3). Selon l'OMS, environ un tiers des personnes âgées tombent chaque année; à compter de 70 ans, ce pourcentage varie de 32 % à 42 %.

Au Canada, entre 2005 et 2013, 4,9 % à 5,9 % des personnes âgées vivant dans un ménage ont fait une chute et ont subi une blessure qui a limité leurs activités normales⁽⁴⁾. En 2018, les chutes ont représenté 61 % des décès par blessure et 66 % des décès dus à des blessures non intentionnelles chez les personnes âgées de 65 ans ou plus⁽⁵⁾. Le rapport *Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport* publié en 2014 a montré une augmentation du nombre annuel de décès d'aînés attribuables à une chute, qui est passé de 1 631 en 2003 à 2 691 en 2008⁽⁶⁾. Le taux de mortalité attribuable aux chutes standardisé selon l'âge est passé de 3,5 à 4,7 pour 10 000 au cours de la période⁽⁶⁾.

Les chutes ont été la principale cause d'hospitalisations liées à des blessures chez les personnes âgées de 65 ans ou plus en 2018/2019⁽⁷⁾. Selon le rapport *Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport*, le nombre annuel d'hospitalisations liées à une chute chez les personnes âgées de 65 ans ou plus est passé de 67 900 en 2006/2007 à 78 300 en 2010/2011, bien que le taux d'hospitalisation standardisé selon l'âge soit resté stable, à environ 13,6 pour 1 000 personnes⁽⁶⁾. Les taux d'hospitalisation ont augmenté à des âges de plus en plus élevés, en particulier chez les femmes.

Les chutes et les blessures qui en résultent entraînent une perte de qualité de vie, augmentent les responsabilités des soignants et précipitent les admissions en établissement de soins de longue durée. En outre, les chutes entraînent des coûts de santé substantiels^(8,9). Par exemple, en 2018, le coût direct annuel des chutes ayant causé des blessures chez les aînés canadiens a été estimé à 5,6 milliards \$ CA, soit plus du double du coût associé aux chutes chez les personnes âgées de 25 à 64 ans⁽⁵⁾.

Les efforts de prévention ciblant plus d'un facteur de risque peuvent réduire les coûts personnels et sociétaux des chutes ^(2,6). La recherche soutient les évaluations intégrales individuelles, suivie de pratiques multifactorielles axées sur des données probantes et adaptées à l'état de santé, à la situation générale et à l'environnement de la personne. Ces interventions comprennent des dispositifs d'assistance et des équipements de protection (p. ex. des chaussures antidérapantes), la modification de l'environnement, l'éducation à la prévention des chutes ainsi que des programmes d'exercices ^(2,6). La poursuite des recherches visant à combler les lacunes en matière de connaissances et à évaluer les pratiques prometteuses permettra de renforcer la base de données probantes, de réduire les conséquences des chutes pour les personnes âgées et de promouvoir un vieillissement sain ⁽⁶⁾.

Les personnes âgées représentaient près d'un cinquième de la population canadienne en 2019. D'ici 2040, ce pourcentage devrait être proche d'un quart ⁽¹⁰⁾. Avec le vieillissement de la cohorte de la génération du baby-boom (personnes nées entre 1946 et 1965), le pourcentage de personnes âgées de 85 ans ou plus devrait augmenter encore plus rapidement ⁽¹¹⁾. Il est donc essentiel de surveiller les tendances en matière de chutes au sein de la population âgée et les charges qui en découlent pour le système de soins de santé.

Le présent document met à jour les données nationales contenues dans le rapport *Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport* ⁽⁶⁾ sur la nature et la gravité des chutes et sur le fardeau qu'elles représentent chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, et décrit les changements survenus au fil du temps.

Les renseignements proviennent des sources suivantes (- indique les années combinées; / indique l'année financière) :

- Données auto-déclarées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada pour 2017-2018 ⁽¹²⁾
- Données sur les hospitalisations provenant de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour la période allant de 2008/2009 à 2019/2020 ⁽¹³⁾
- Données sur les visites au service d'urgences provenant du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'ICIS pour la période allant de 2010/2011 à 2019/2020 ⁽¹⁴⁾
- Données sur la mortalité provenant de la base canadienne de données de l'état civil sur les décès de Statistique Canada (BCDECD) pour la période allant de 2001 à 2019 ⁽¹⁵⁾

Les lecteurs doivent être prudents lorsqu'ils comparent les données des quatre sources. Chaque source a sa propre définition de ce qui constitue une chute. Ces définitions sont influencées par les méthodes de collecte de données (p. ex., l'autodéclaration par rapport aux dossiers hospitaliers). Il est également important de reconnaître les limites de chaque source, y compris le risque inhérent d'erreurs de données et l'incidence des systèmes de codage. Les lecteurs doivent également noter la différence dans la portée des données sur les hospitalisations entre le présent rapport et le rapport *Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport*. La source de données sur les hospitalisations utilisée dans le cadre de l'élaboration du présent rapport, la BDGP, ne comprend pas les hôpitaux du Québec, alors que la source de données utilisée pour le rapport précédent, la Base de données sur la morbidité hospitalière, comprend les hôpitaux du Québec. En outre, le présent rapport contient des données sur les visites au service d'urgence, ce que le rapport précédent ne contenait pas.

La structure de la population est essentielle pour interpréter ces résultats. Des chiffres plus élevés ne signifient pas nécessairement que des pourcentages plus élevés ont été touchés. Les taux, y compris les taux bruts, standardisés selon l'âge, spécifiques à l'âge et au sexe, sont présentés lorsque possible.



2.0 PORTÉE DU PROBLÈME

2.1 Information fournie par les personnes âgées sur les chutes et les blessures connexes

Cette section fournit des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sur la prévalence des chutes ayant entraîné des blessures, les types de blessures, les activités associées aux chutes et les endroits où un traitement a été demandé. Si la taille de l'échantillon le permet, les résultats sont présentés par sexe et par groupe d'âge.

2.1.1 DONNÉES ET DÉFINITIONS

L'ESCC est une enquête transversale qui recueille des renseignements au sujet de l'état de santé, de l'utilisation des soins de santé et des déterminants de la santé. Il est représentatif de plus de 97 % de la population âgée de 12 ans ou plus^(16,17). Les données sont recueillies auprès des résidents des ménages dans les provinces et les territoires. Ceux exclus de la couverture de l'enquête sont : les personnes vivant dans les réserves et autres établissements autochtones des provinces; les membres à temps plein des Forces canadiennes; la population institutionnalisée (établissements de santé, prisons, institutions religieuses, couvents, etc.); les enfants âgés de 12 à 17 ans qui vivent en famille d'accueil; et les personnes vivant dans les régions sanitaires du Québec de la Région du Nunavik et de la Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James^(16,17). Pour les répondants incapables de répondre eux-mêmes à l'enquête, une entrevue avec un enquêteur-substitut a été réalisée. L'exclusion des résidents d'institutions de l'ESCC est particulièrement pertinente pour cette analyse, car aucune donnée n'a été recueillie sur les personnes âgées vivant dans des établissements de soins pour bénéficiaire interne.

Les données sont recueillies annuellement auprès d'un échantillon stratifié complexe à plusieurs degrés à travers le Canada. Les données du présent rapport sont basées sur les cycles combinés de 2017-2018 de l'ESCC. Aucune comparaison n'a été faite avec les cycles précédents, car 2017 et 2018 étaient les premiers cycles comprenant du contenu lié aux chutes après la refonte de l'ESCC en 2015.

Dans l'ESCC, on parle de « chute » lorsque les répondants déclarent qu'au cours des 12 derniers mois : 1) ils ont subi une blessure (à l'exception d'un microtraumatisme répété) suffisamment grave pour que leurs activités normales soient limitées; et 2) la blessure était le résultat d'une chute. L'ESCC ne recueille des renseignements que sur la blessure la plus grave que la personne a subie en raison d'une chute. Aucun renseignement n'est saisi sur les chutes qui ont

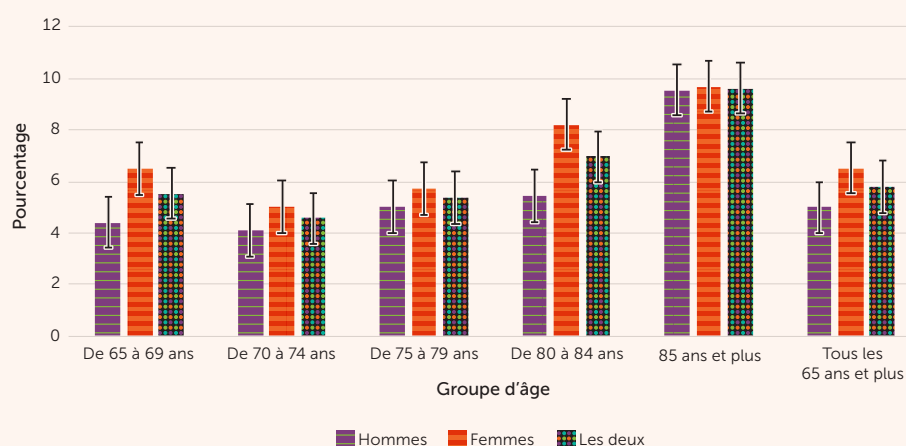
causé une blessure qui n'a pas limité les activités normales le jour suivant, ni sur les autres chutes que la personne a subies et qui n'ont pas causé la blessure la plus grave, même si cela a perturbé ses activités normales.

Les résultats présentant un coefficient de variation (CV) de 15 % à 35 % doivent être interprétés avec prudence en raison de la petite taille de l'échantillon. Les statistiques dont le CV est supérieur à 35 % ne sont pas signalées.

2.1.2 OBSERVATIONS

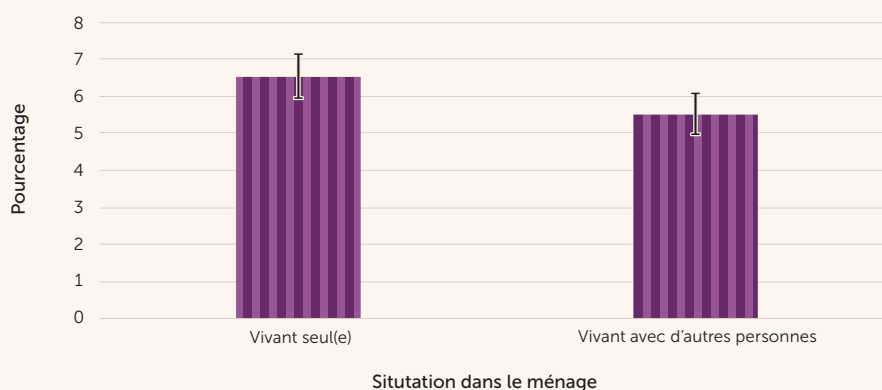
En 2017-2018, 5,8 % des personnes âgées vivant dans un ménage (soit environ 350 000 personnes) ont déclaré avoir subi une blessure grave résultant d'une chute au cours des 12 derniers mois. La prévalence des blessures liées aux chutes était plus élevée chez les femmes que chez les hommes : 6,5 % contre 5 % (**figure 1**). Pour les deux sexes, les personnes âgées de 80 ans ou plus étaient plus susceptibles de subir une blessure grave liée à une chute que les personnes âgées de 65 à 79 ans. La prévalence la plus élevée a été observée chez les adultes les plus âgés : 9,6 % des personnes âgées de 85 ans et plus ont signalé une blessure liée à une chute, contre 5,5 % des personnes âgées de 65 à 69 ans.

FIGURE 1 : Prévalence des blessures auto-déclarées résultant d'une chute au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe, population de 65 ans ou plus vivant dans un ménage, Canada, 2017-2018



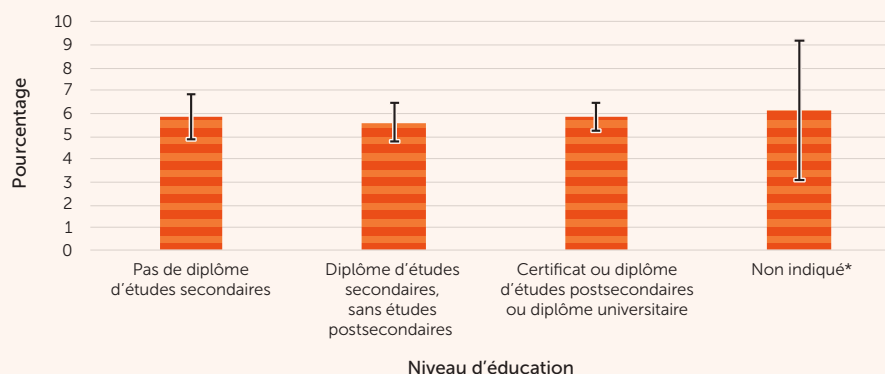
Les personnes âgées vivant seules avaient une prévalence significativement plus élevée de blessures liées aux chutes que celles vivant avec d'autres personnes : 6,5 % contre 5,5 % (**figure 2**).

FIGURE 2 : Prévalence des blessures auto-déclarées résultant d'une chute au cours des 12 derniers mois, selon la situation dans le ménage, population de 65 ans ou plus vivant dans un ménage, Canada, 2017-2018



Aucune différence significative dans la prévalence des blessures liées aux chutes n'a été constatée en fonction du niveau d'instruction (**figure 3**).

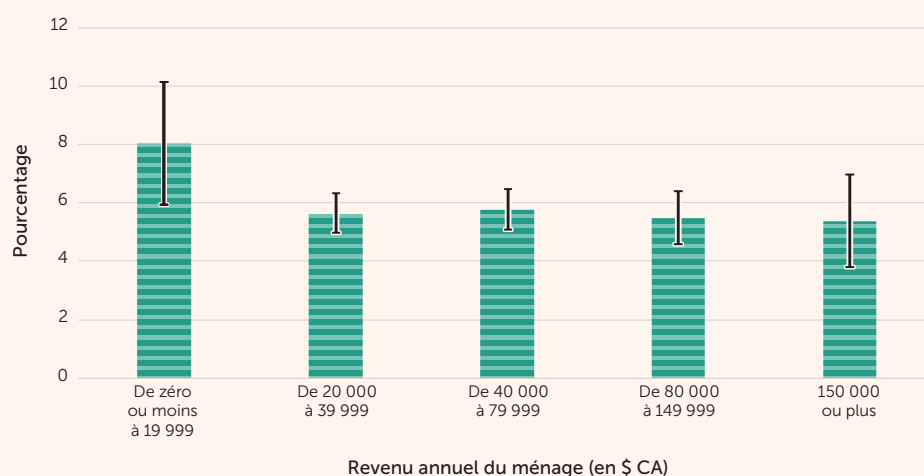
FIGURE 3 : Prévalence des blessures auto-déclarées résultant d'une chute au cours des 12 derniers mois, selon le niveau d'éducation, population de 65 ans ou plus vivant dans un ménage, Canada, 2017-2018



*Le CV est compris entre 15 % et 35 %.

Les personnes âgées vivant dans des ménages dont le revenu annuel est inférieur à 20 000 \$ CA présentent la plus forte prévalence de blessures liées à une chute (8 %) (**figure 4**). Environ 5 % des personnes vivant dans des ménages dont le revenu annuel est d'au moins 20 000 \$ CA ont signalé une blessure due à une chute.

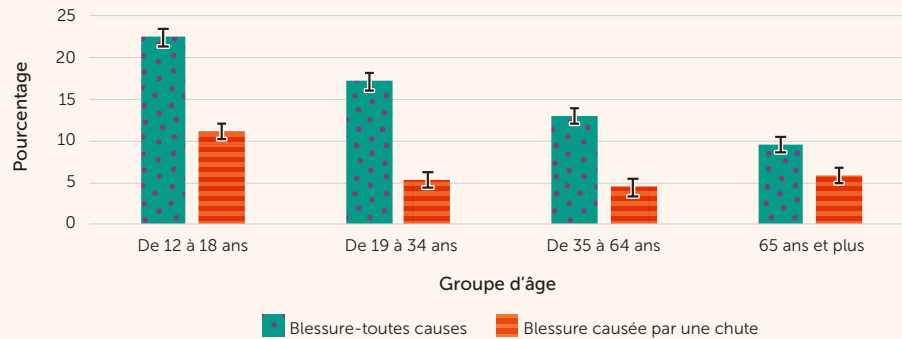
FIGURE 4 : Prévalence des blessures auto-déclarées résultant d'une chute au cours des 12 derniers mois, selon le revenu annuel du ménage, population de 65 ans ou plus vivant dans un ménage, Canada, 2017-2018



Le **tableau 1** en annexe contient les tailles des échantillons, les estimations de population et les proportions avec des intervalles de confiance à 95 %, selon les caractéristiques démographiques, pour les personnes âgées qui ont déclaré une blessure liée à une chute et celles qui n'en ont pas déclaré.

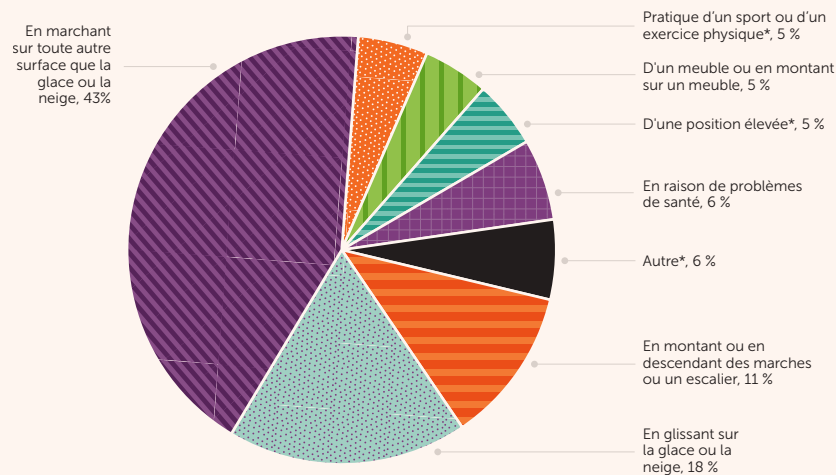
La **figure 5** permet de comparer la prévalence des blessures toutes causes confondues et des blessures dues à une chute, par groupe d'âge. Chez les adultes âgés de 19 ans ou plus, la prévalence des blessures a diminué à des âges successivement plus élevés, mais la part des blessures dues à une chute a augmenté. À l'âge de 65 ans ou plus, 9,5 % des répondants ont signalé une blessure, et dans 61 % des cas, celle-ci était due à une chute. Entre 19 et 64 ans, la proportion de blessés se situait entre 13 % et 17 %, et environ un tiers de leurs blessures sont dues à une chute.

FIGURE 5 : Prévalence des blessures auto-déclarées (toutes causes confondues ou liées à une chute) au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, population de 12 ans ou plus vivant dans un ménage, Canada, 2017-2018



Les glissades en marchant sont à l'origine de 61 % des blessures liées à des chutes; 18 % se sont produites sur de la glace ou de la neige, et 43 % sur d'autres surfaces (**figure 6**). La deuxième activité la plus fréquemment associée aux chutes est la montée ou la descente d'escaliers ou de marches (12 %).

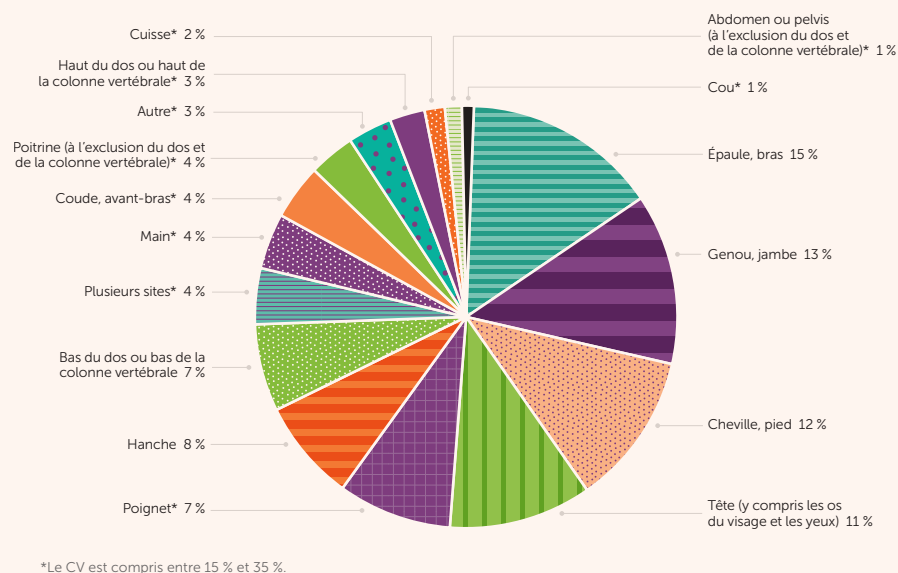
FIGURE 6 : Activité associée aux blessures auto-déclarées résultant d'une chute au cours des 12 derniers mois, population de 65 ans ou plus vivant dans un ménage, Canada, 2017-2018



*Le CV est compris entre 15 % et 35 %.

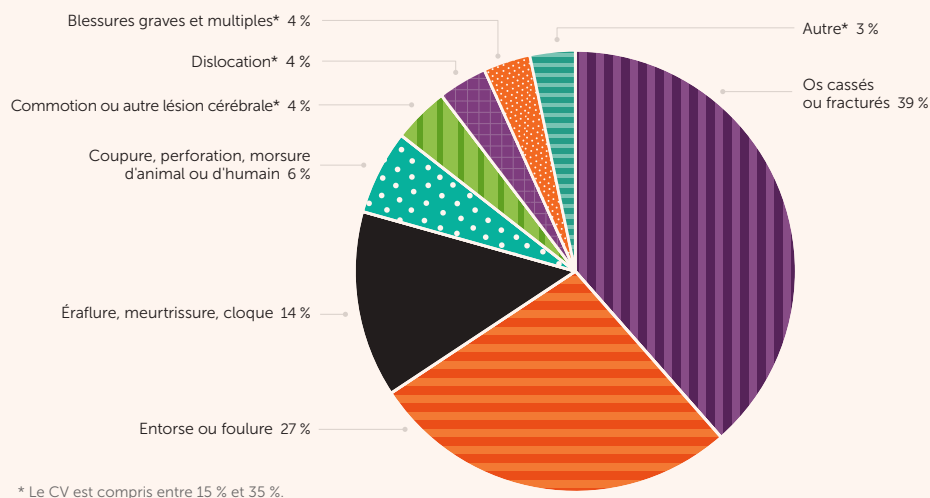
Les parties du corps les plus fréquemment blessées lors de chutes sont les épaules ou les bras (15 %), les genoux ou les jambes (13 %), les chevilles ou les pieds (12 %) et la tête (11 %). Relativement peu (4 %) de personnes âgées ont signalé avoir subi des blessures à plusieurs parties du corps (**figure 7**).

FIGURE 7 : Partie du corps touchée dans les blessures auto-déclarées résultant d'une chute au cours des 12 derniers mois, population de 65 ans ou plus vivant dans un ménage, Canada, 2017-2018

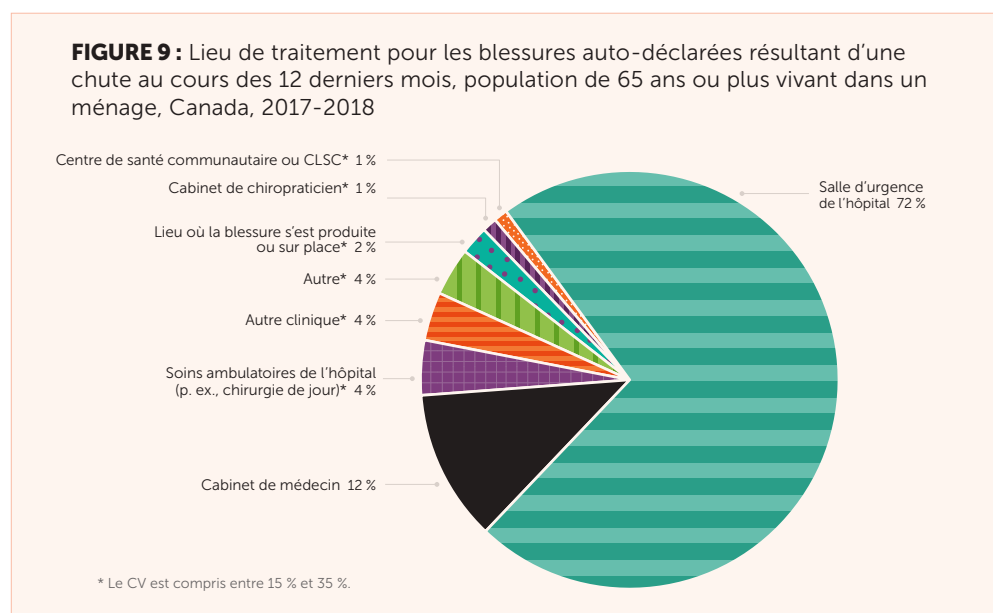


Les fractures étaient les blessures les plus courantes (39 %), suivies des entorses ou foulures (27 %) et des éraflures, contusions ou ampoules (14 %) (figure 8).

FIGURE 8 : Type de blessure auto-déclarée résultant d'une chute au cours des 12 derniers mois, population de 65 ans ou plus vivant dans un ménage, Canada, 2017-2018



Environ un tiers (30,2 %) des personnes âgées qui ont signalé avoir subi une blessure liée à une chute n'ont pas reçu de soins médicaux d'un professionnel de la santé dans les 48 heures suivant la blessure. Pour celles qui ont cherché à obtenir un traitement médical, le service d'urgences d'un hôpital était l'endroit le plus fréquemment cité (72 %), suivi par le cabinet d'un médecin (12 %) (figure 9).



2.1.3 RÉSUMÉ

En 2017-2018, 5,8 % des Canadiens âgés de 65 ans ou plus vivant dans un ménage (environ 350 000 personnes) ont déclaré avoir subi une blessure liée à une chute au cours des 12 derniers mois. La prévalence des blessures liées aux chutes était plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et plus élevée chez les personnes âgées de 80 ans ou plus que chez les personnes âgées de 65 à 79 ans. Soixante et un pour cent des personnes âgées ayant subi une blessure liée à une chute ont déclaré qu'elles marchaient lorsqu'elles sont tombées. Les fractures représentaient 39 % des blessures liées aux chutes. Les parties du corps les plus souvent blessées sont l'épaule ou le bras (15 %) et le genou ou la partie inférieure de la jambe (13 %). Soixante-dix pour cent des personnes âgées blessées lors d'une chute ont consulté un médecin; 72 % de ce groupe ont été traités au service d'urgences d'un hôpital.

2.2 Ce que révèlent les données d'hospitalisation à propos des chutes chez les aînés

Cette section présente les données sur les hospitalisations pour la période allant de 2008/2009 à 2019/2020 provenant de la Base de données sur les congés des patients (BDCP). L'analyse porte sur les chiffres et les taux d'hospitalisation liés aux chutes, la durée du séjour à l'hôpital, le type de blessure, le lieu de la chute ainsi que les différences par groupe d'âge et par sexe pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

2.2.1 DONNÉES ET DÉFINITIONS

La BDCP saisit des renseignements administratifs, cliniques et démographiques sur les congés d'hôpital (décès, sorties et transferts) dans toutes les provinces et territoires, à l'exception du Québec ⁽¹³⁾. Les renseignements sur le diagnostic des patients sont codés selon la CIM-10-CA, une version améliorée de la CIM-10, développée pour la classification de la morbidité au Canada ⁽¹⁸⁾. La CIM-10 est la classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes, dixième révision, élaborée par l'OMS pour les statistiques concernant la morbidité et la mortalité ⁽¹⁹⁾.

Dans l'analyse qui suit, une hospitalisation liée à une chute est définie comme une admission dans un hôpital de soins de courte durée ayant entraîné une chute non intentionnelle, comme l'indique la présence de certains codes de la CIM-10-CA parmi les codes de diagnostic (maximum de 25) figurant sur le dossier de congé. Les codes utilisés pour recenser les chutes non intentionnelles sont les codes W00–W19 de la CIM-10-CA ⁽²⁰⁾. Le tableau 2 de l'annexe énumère les critères permettant de recenser une hospitalisation liée à une chute et une hospitalisation pour blessure.

L'analyse était basée sur des épisodes de soins dans lesquels tous les congés, y compris les transferts liés à une blessure donnée, étaient comptabilisés comme un seul cas ^(6,21). Le tableau 3 de l'annexe énumère les critères d'identification d'un transfert. L'épisode de soins fournit une vision plus complète de l'étendue des soins actifs impliqués dans le traitement des hospitalisations liées à une chute ⁽²²⁾. Le présent rapport a appliqué la même méthode de couplage que celle qui a été utilisée pour le rapport *Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport* en fusionnant les dossiers de congé de la BDCP avec une correspondance exacte sur les points suivants : 1) le numéro crypté de la carte d'assurance maladie; 2) la province émettrice de la carte d'assurance maladie; et 3) l'année de naissance ^(6,21).

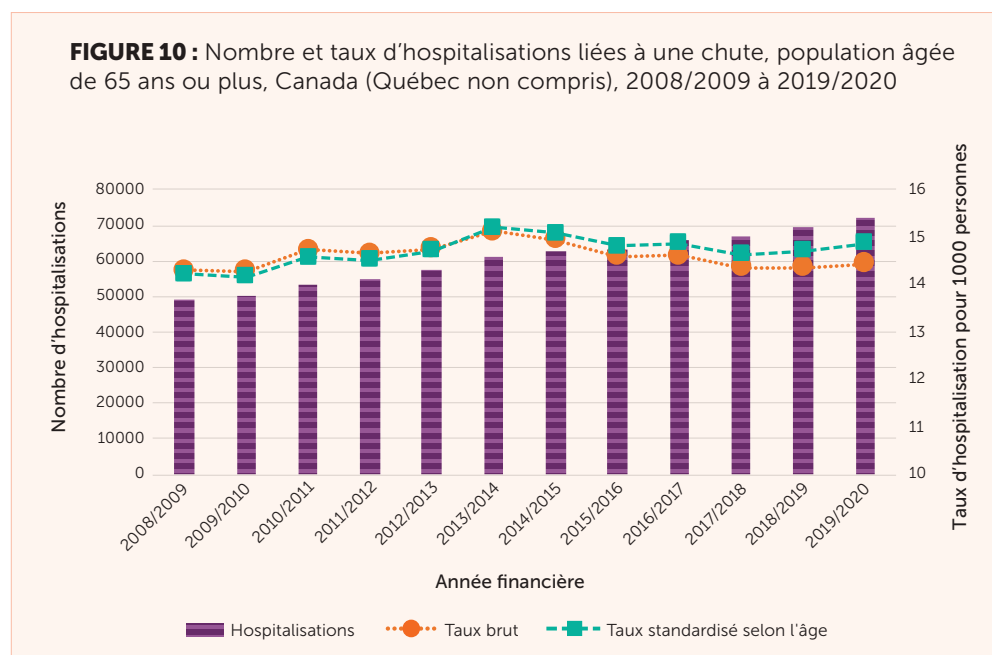
Les taux standardisés selon l'âge ont été calculés en prenant pour norme la population canadienne de 2011. Le rapport *Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport* a été standardisé en fonction de la population canadienne de 2009.

Les durées de séjour en soins actifs et autres niveaux de soins sont présentées, plutôt que la durée totale de séjour (soins actifs et autres niveaux de soins combinés) comme dans le rapport *Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport*. Les autres niveaux de soins concernent les patients qui occupent un lit d'hôpital, mais qui n'ont pas besoin de la même intensité de services que ceux fournis dans ce cadre⁽²³⁾. La durée de séjour en soins actifs reflète l'intensité des ressources nécessaires dans les hôpitaux. La durée de séjour aux autres niveaux de soin est destinée à aider les patients à retourner dans leur foyer ou à passer à un autre niveau de soins (p. ex., un établissement de soins de longue durée ou une réadaptation spécialisée)⁽²⁴⁾.

Les hospitalisations liées à une chute constituent une bonne estimation des chutes qui entraînent des blessures graves, mais elles ne fournissent pas de renseignements sur les blessures moins graves liées aux chutes et traitées dans les services d'urgences ou les cabinets médicaux, ni sur les chutes pour lesquelles aucun traitement médical n'a été demandé.

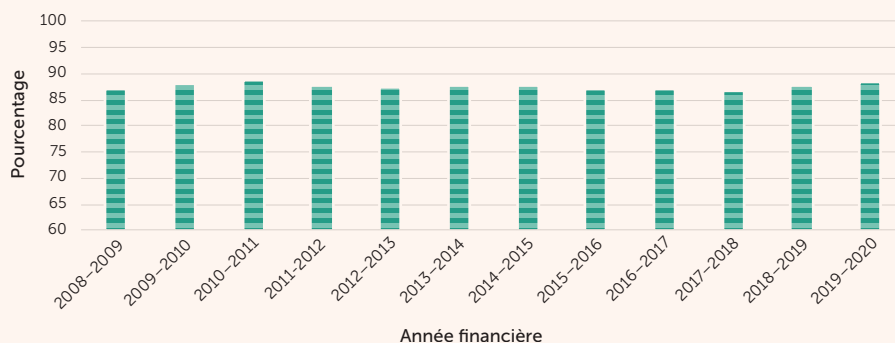
2.2.2 OBSERVATIONS

De 2008/2009 à 2019/2020, le nombre annuel d'hospitalisations liées à une chute de personnes âgées de 65 ans ou plus est passé de 49 152 à 72 392, soit une augmentation de 47 % (**figure 10**). Malgré cette augmentation numérique absolue, les taux bruts et standardisés par âge des hospitalisations liées à une chute sont restés relativement constants au cours de la période, à environ 15 pour 1 000 personnes. Par conséquent, l'augmentation du nombre d'hospitalisations liées à une chute semble être due au vieillissement de la population canadienne.



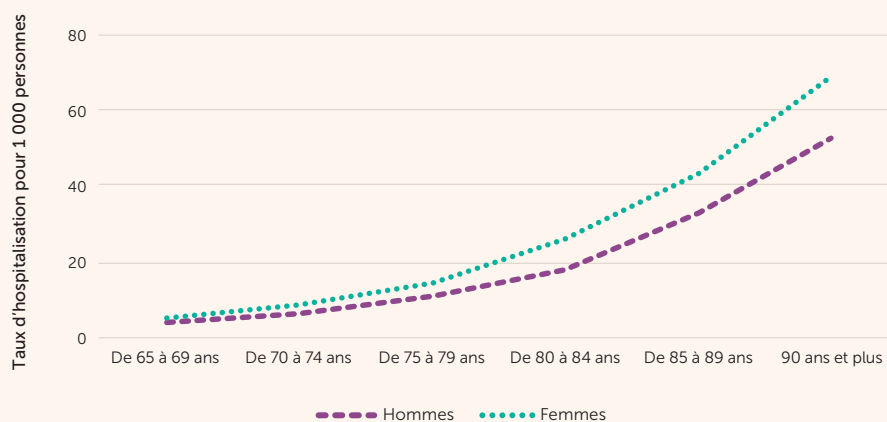
La **figure 11** montre les hospitalisations liées à une chute exprimées en pourcentage de toutes les hospitalisations liées à des blessures chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. De 2008/2009 à 2019/2020, les pourcentages sont restés relativement stables à 87 %.

FIGURE 11 : Hospitalisations liées à une chute en pourcentage de toutes les hospitalisations liées à une blessure, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2008/2009 à 2019/2020



En 2019/2020, les taux d'hospitalisations liées à une chute étaient plus élevés à des âges successivement plus élevés, mais les taux des femmes dépassaient systématiquement ceux des hommes (**figure 12**).

FIGURE 12 : Taux d'hospitalisations liées à une chute, selon l'âge et le sexe, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2019/2020



Les **figures 13-1** et **13-2** montrent la durée moyenne de séjour en soins actifs et aux autres niveaux de soins des hospitalisations liées à une chute, par groupe d'âge, de 2008/2009 à 2019/2020. Les personnes âgées de 85 à 89 ans ont effectué les séjours moyens en soins actifs les plus longs (13,7 à 16 jours) pour la plupart des années; les moyennes étaient les plus

longues pour les personnes âgées de 80 à 84 ans en 2012/2013, 2017/2018 et 2019/2020. Tout au long de la période (sauf en 2008/2009), la durée moyenne de séjour en soins actifs en raison d'une chute était plus courte chez les personnes âgées de 90 ans ou plus que chez les octogénaires. Il est peu probable que les personnes âgées de 90 ans ou plus aient récupéré plus rapidement que les personnes âgées de 80 à 89 ans. Des travaux futurs permettront d'étudier cette anomalie.

FIGURE 13-1 : Durée moyenne des hospitalisations en soins actifs par suite d'une chute, selon l'âge, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2008/2009 à 2019/2020

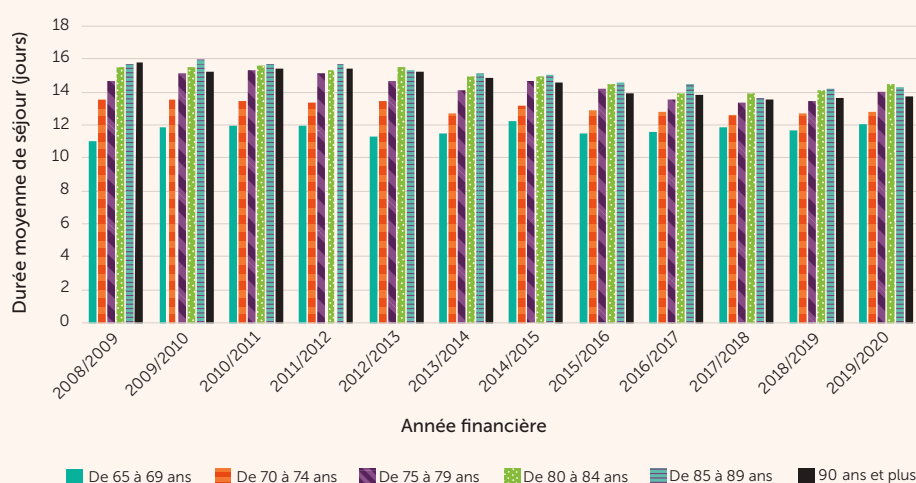
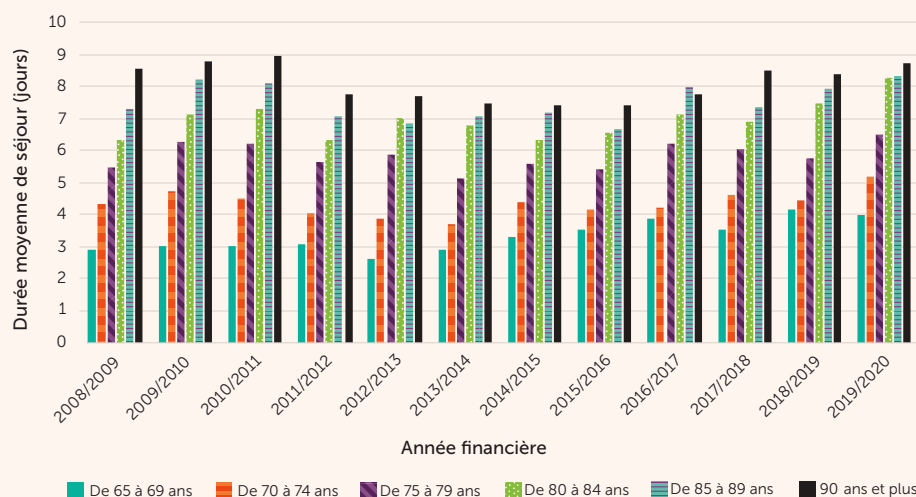


FIGURE 13-2 : Durée moyenne des hospitalisations aux autres niveaux de soins par suite d'une chute, selon l'âge, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2008/2009 à 2019/2020



La durée moyenne de séjour aux autres niveaux de soins en raison d'une chute était la plus longue chez les personnes âgées de 90 ans ou plus (7,4 à 9 jours) pour toutes les années sauf en 2016/2017.

Les **figures 14-1** et **14-2** comparent la durée moyenne d'hospitalisation en soins actifs et aux autres niveaux de soins en raison d'une chute avec les moyennes des hospitalisations toutes causes confondues de 2008/2009 à 2019/2020. Les séjours en soins actifs en raison d'une chute duraient en moyenne environ cinq jours de plus que les hospitalisations toutes causes confondues; les séjours aux autres niveaux de soins en raison d'une chute duraient en moyenne environ quatre jours de plus. Au cours de la période de douze ans, tant pour les hospitalisations liées à des chutes que pour les hospitalisations toutes causes confondues, la durée moyenne de séjour en soins actifs a légèrement diminué.

FIGURE 14-1 : Durée moyenne des hospitalisations en soins actifs liées à une chute par rapport aux hospitalisations toutes causes confondues, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2008/2009 à 2019/2020

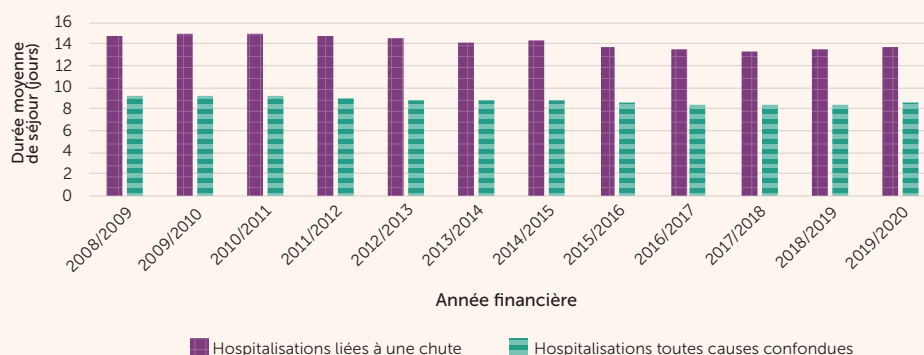
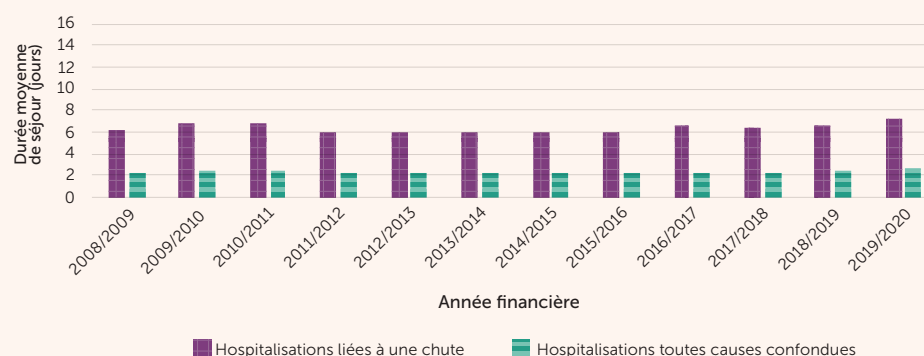
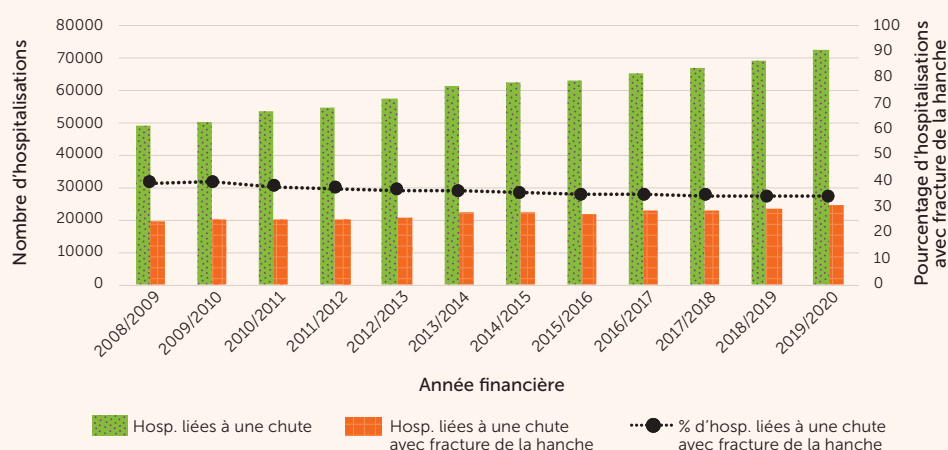


FIGURE 14-2 : Durée moyenne des hospitalisations aux autres niveaux de soins liées à une chute par rapport aux hospitalisations toutes causes confondues, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2008/2009 à 2019/2020



En 2008/2009, 40 % des hospitalisations liées à une chute chez les personnes âgées concernaient une fracture de la hanche; en 2019/2020, ce pourcentage avait diminué à 34 % (**figure 15**). Malgré cela, les chiffres ont augmenté au cours de la période; en 2019/2020, plus de 24 000 personnes âgées ont été hospitalisées pour des fractures de la hanche liées à une chute.

FIGURE 15 : Nombre et pourcentage d'hospitalisations liées à une chute associées à une fracture de la hanche, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2008/2009 à 2019/2020



Les **figures 16-1** et **16-2** comparent la durée moyenne de séjour en soins actifs et aux autres niveaux de soins entre les hospitalisations liées à une chute impliquant une fracture de hanche et celles sans fracture de hanche pour les années 2008/2009 à 2019/2020. La durée moyenne d'hospitalisation en soins actifs en raison d'une chute ayant engendré une fracture de la hanche était d'environ deux à trois jours de plus que celle des hospitalisations liées à une chute sans fracture de la hanche; la durée moyenne de séjour aux autres niveaux de soins en raison d'une chute ayant provoqué une fracture de la hanche était de 0,2 à 0,9 jour de plus. Au cours de la période de douze ans, pour les hospitalisations liées à une chute avec et sans fracture de la hanche, la durée moyenne de séjour en soins actifs a légèrement diminué.

FIGURE 16-1 : Durée moyenne des hospitalisations en soins actifs pour les chutes ayant entraîné une fracture de la hanche par rapport aux chutes n'ayant pas provoqué de fracture de la hanche, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2008/2009 à 2019/2020

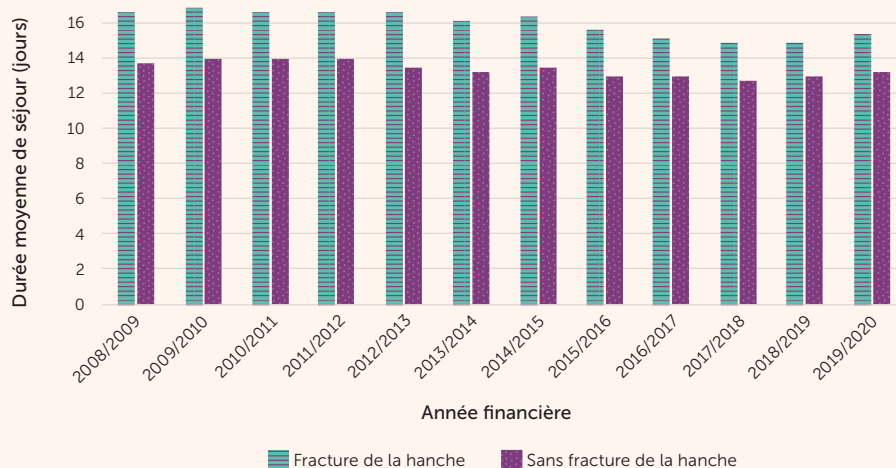
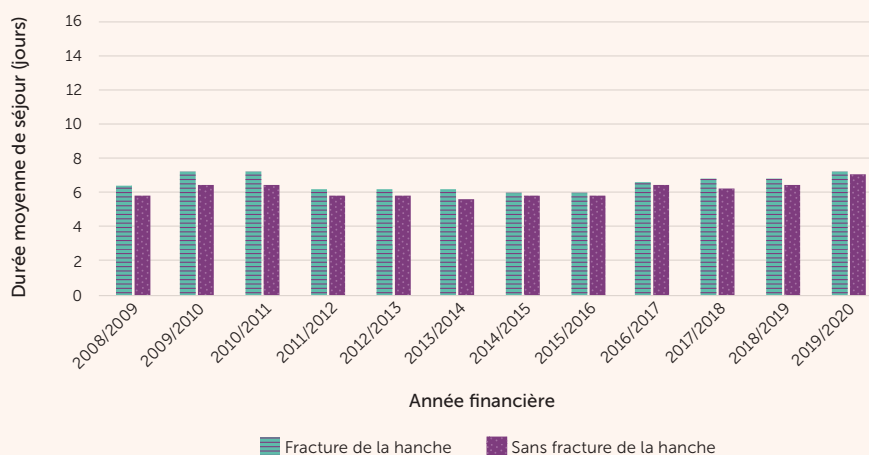
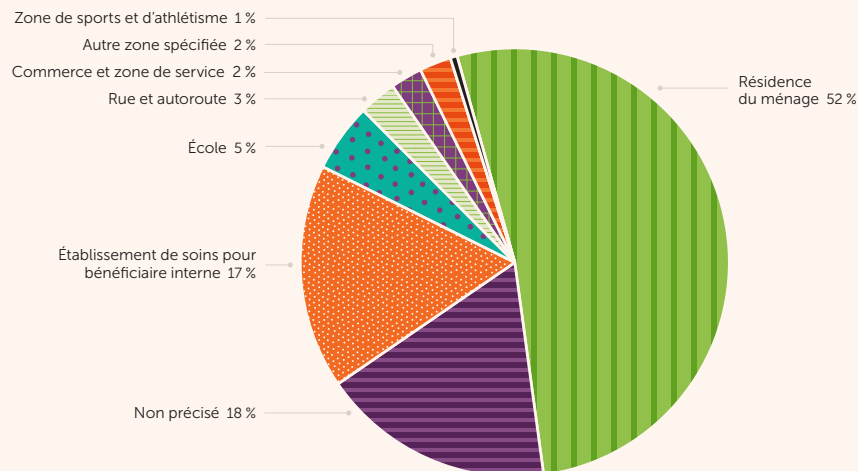


FIGURE 16-2 : Durée moyenne des hospitalisations aux autres niveaux de soins pour les chutes ayant entraîné une fracture de la hanche par rapport aux chutes n'ayant pas provoqué de fracture de la hanche, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2008/2009 à 2019/2020



La **figure 17** montre où se sont produites les chutes ayant entraîné des hospitalisations au cours de la période allant de 2015/2016 à 2019/2020. Environ la moitié (52 %) des cas sont survenus dans un ménage, et 17 % dans un établissement de soins pour bénéficiaire interne. Ces chiffres sont probablement sous-estimés, car le lieu n'était pas précisé pour 18 % des hospitalisations liées à une chute.

FIGURE 17 : Hospitalisations liées à une chute, selon le lieu de survenue de la chute, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), données regroupées de 2015/2016 à 2019/2020



2.2.3 RÉSUMÉ

Les taux bruts et standardisés selon l'âge des hospitalisations liées à une chute chez les personnes âgées sont restés stables au cours de la période allant de 2008/2009 à 2019/2020 (environ 15 pour 1 000 personnes), mais le nombre annuel a augmenté de 47 %. Les taux augmentaient avec l'âge, et ceux des femmes dépassaient ceux des hommes. La durée moyenne de séjour en soins actifs et aux autres niveaux de soins en raison d'une chute était plus longue que la durée moyenne des hospitalisations toutes causes confondues (5,2 et 4,1 jours supplémentaires, respectivement). La durée moyenne des hospitalisations liées à une chute a tendance à augmenter avec l'âge. De 2008/2009 à 2019/2020, le nombre d'hospitalisations liées à une chute impliquant une fracture de la hanche a augmenté, mais le pourcentage d'hospitalisations liées à une chute ayant engendré une fracture de la hanche a diminué, passant de 40 % à 34 %. Les hospitalisations liées à une chute avec fracture de la hanche ont duré en moyenne environ trois jours de plus que les hospitalisations liées à une chute sans fracture de la hanche. Au cours de la période allant de 2015/2016 à 2019/2020, un peu plus de la moitié des chutes ayant entraîné une hospitalisation sont survenues dans un ménage.

2.3 Ce que révèlent les données d'hospitalisation à propos des chutes chez les aînés vivant dans des établissements de soins

Selon la BDCP, il est possible de déterminer si les patients hospitalisés en raison d'une blessure liée à une chute vivaient dans des établissements de soins pour bénéficiaire interne. Cette section compare le nombre d'hospitalisations liées à une chute, la durée du séjour et le type de blessure chez les personnes âgées vivant dans un établissement de soins pour bénéficiaire interne avec ceux des personnes âgées vivant dans un ménage au cours de la période allant de 2008/2009 à 2019/2020.

2.3.1 DONNÉES ET DÉFINITIONS

La description de la source de données dans la section 2.2.1 s'applique à cette analyse, encore réduite par la sélection pour les soins en établissement. Les établissements de soins pour bénéficiaire interne, également connus sous le nom d'établissements de soins de longue durée ou de maisons de soins infirmiers, couvrent une gamme d'options de vie pour les personnes ayant des besoins de soutien, principalement les personnes âgées.

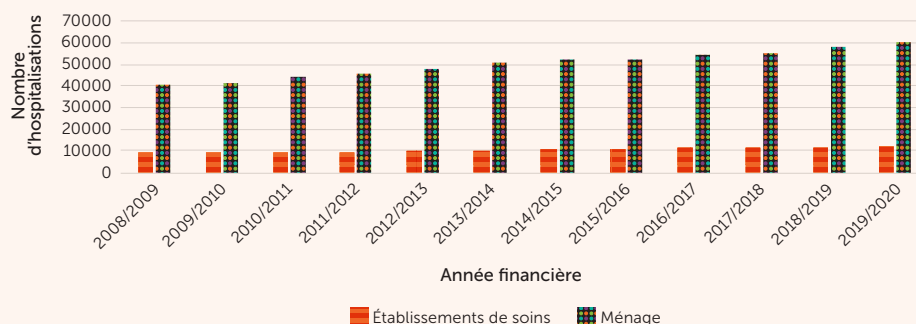
Il a été déterminé que les patients étaient en établissements de soins pour bénéficiaire interne si le « lieu de survenue » de la chute était un « établissement résidentiel ». L'hypothèse retenue pour cette analyse est que ces patients vivaient dans l'établissement, par opposition aux visiteurs ou aux employés qui ont fait une chute sur place. On a également supposé que si l'« établissement résidentiel » n'était pas désigné comme le lieu où la chute s'est produite, les patients vivaient dans un ménage. De même, si la chute s'est produite dans un lieu tel qu'une rue, un magasin ou un théâtre, on a supposé que les patients vivaient dans un ménage.

Les limitations décrites dans la section 2.2.1 s'appliquent aux résultats suivants. De plus, la définition des soins de santé en établissement est basée sur des hypothèses qui peuvent ne pas être valables pour tous les cas. Comme le nombre de personnes vivant dans des établissements de soins pour bénéficiaire interne par rapport à celui des ménages n'a pas pu être clairement établi, les taux bruts et standardisés n'ont pas pu être calculés.

2.3.2 OBSERVATIONS

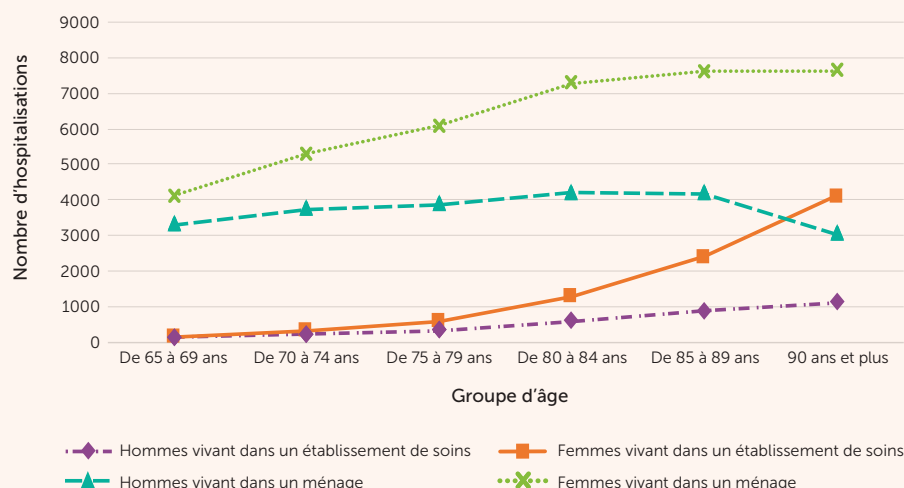
En 2008/2009, il y avait eu 8 900 hospitalisations liées à une chute chez les personnes âgées en établissement de soins pour bénéficiaire interne et 40 252 chez celles vivant dans un ménage; en 2019/2020, les chiffres étaient respectivement de 12 081 (soit 36 % d'augmentation) et 60 311 (soit 50 % d'augmentation) (**figure 18**).

FIGURE 18 : Nombre d'hospitalisations liées aux chutes chez les résidents des établissements de soins pour bénéficiaire interne par rapport aux résidents des ménages, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2008/2009 à 2019/2020



Pour les personnes âgées, qu'elles vivent dans un établissement de soins pour bénéficiaire interne ou dans un ménage, le nombre d'hospitalisations liées à une chute augmente généralement avec l'âge (**figure 19**). Cependant, parmi les hommes vivant dans un ménage en 2019/2020, le nombre d'hospitalisations liées à une chute des personnes âgées de 90 ans ou plus est inférieur à celui des 85 à 89 ans. La structure d'âge et de sexe de la population vivant dans un ménage peut influencer ces résultats.

FIGURE 19 : Nombre d'hospitalisations liées aux chutes chez les résidents des établissements de soins pour bénéficiaire interne par rapport aux résidents des ménages, selon le sexe et l'âge, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2019/2020



Les **figures 20-1** et **20-2** montrent qu'en 2019/2020, la durée moyenne des hospitalisations en soins actifs en raison d'une chute était plus courte chez les personnes âgées vivant en établissement de soins pour bénéficiaire interne que chez celles vivant dans un ménage, quel que soit leur âge. La durée moyenne d'hospitalisation aux autres niveaux de soins à la suite d'une chute était plus longue chez les personnes âgées de 65 à 79 ans vivant en établissement de soins pour bénéficiaire interne que chez celles vivant dans un ménage.

FIGURE 20-1 : Durée moyenne des hospitalisations en soins actifs liées à une chute chez les résidents des établissements de soins pour bénéficiaire interne par rapport aux résidents des ménages, selon l'âge, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2019/2020

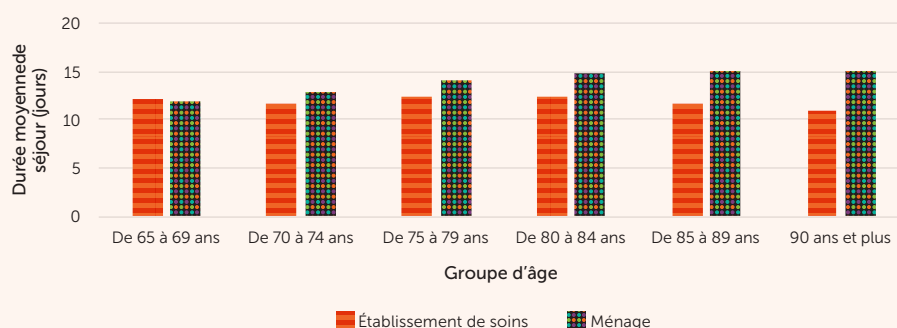
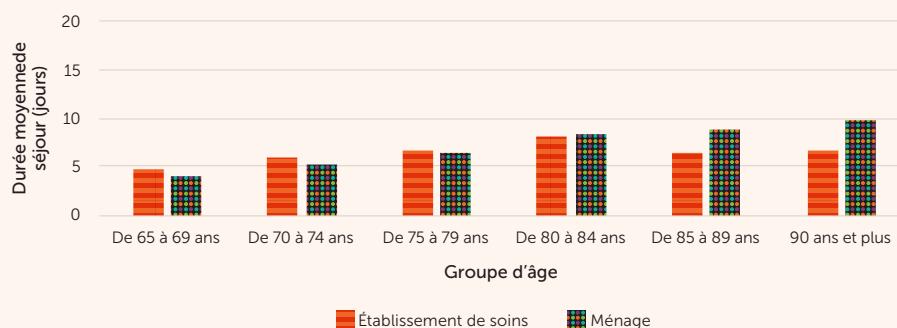
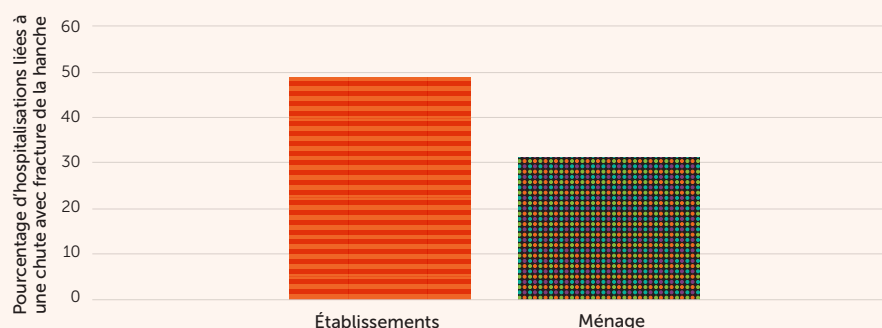


FIGURE 20-2 : Durée moyenne des hospitalisations aux autres niveaux de soins liées à une chute chez les résidents des établissements de soins pour bénéficiaire interne par rapport aux résidents des ménages, selon l'âge, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2019/2020



En 2019/2020, 49 % des hospitalisations liées à une chute chez les personnes âgées en établissement de soins pour bénéficiaire interne concernaient des fractures de la hanche, contre 31 % pour les hospitalisations liées à une chute chez les personnes vivant dans un ménage (figure 21).

FIGURE 21 : Pourcentage d'hospitalisations liées à une chute associées à une fracture de la hanche chez les résidents des établissements de soins pour bénéficiaire interne par rapport aux résidents des ménages, population âgée de 65 ans ou plus, Canada (Québec non compris), 2019/2020



2.3.3 RÉSUMÉ

Entre 2008/2009 et 2019/2020, le nombre annuel d'hospitalisations liées à une chute chez les personnes âgées vivant dans des établissements de soins pour bénéficiaire interne a augmenté de 36 % pour atteindre 12 081. Le nombre d'hospitalisations liées à une chute augmente à des âges de plus en plus élevés, et les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être hospitalisées en raison d'une chute. Pour les personnes âgées en établissement de soins pour bénéficiaire interne, la durée moyenne d'hospitalisation en soins actifs suite à une chute était plus courte que pour celles vivant dans un ménage. Les hospitalisations liées à une chute chez les personnes âgées vivant dans un établissement de soins pour bénéficiaire interne étaient plus susceptibles d'impliquer des fractures de la hanche (49 %) que de telles hospitalisations chez les personnes âgées vivant dans un ménage (31 %).

2.4 Ce que révèlent les données des services d'urgences à propos des chutes chez les aînés

Les données sur les visites au service d'urgences des personnes âgées de 65 ans ou plus proviennent du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Cette section présente le nombre et le taux de visites au service d'urgences à la suite d'une chute, ainsi que les différences selon le groupe d'âge et le sexe, pour la période allant de 2010/2011 à 2019/2020.

2.4.1 DONNÉES ET DÉFINITIONS

Le SNISA contient des données sur tous les soins ambulatoires en milieu hospitalier et communautaire : chirurgie de jour, cliniques ambulatoires et communautaires, et services d'urgence. Les résultats sont basés sur des données regroupées de l'Ontario et de l'Alberta, qui sont les deux seules provinces où la saisie des cas est complète depuis 2010/2011. Par conséquent, les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble du Canada⁽²⁵⁾. Le SNISA utilise la CIM-10-CA (décrite dans la section 2.2.1) pour coder les renseignements sur le diagnostic des patients.

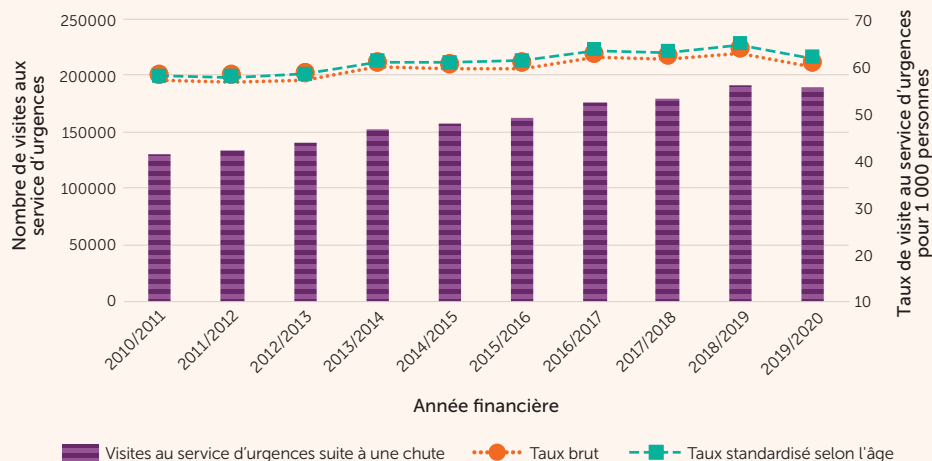
Les visites au service d'urgences liées à une chute ont été recensées par l'un des 10 diagnostics contenant un code de chute non intentionnelle (W00–W19)⁽²⁰⁾. Le tableau 2 de l'annexe énumère les critères. Les résultats sont basés sur des épisodes de soins dans lesquels les visites au service d'urgences impliquant des transferts sont comptabilisées comme un seul cas. La méthode de couplage est la même que pour les hospitalisations, mais la définition des transferts diffère légèrement (voir le tableau 3 en annexe).

Les données sur les présentations au service d'urgences ne comprennent pas les chutes pour lesquelles aucun traitement médical n'a été demandé, les chutes traitées dans les cabinets médicaux ou les chutes qui ont reçu l'aide des services médicaux d'urgence, mais qui n'ont pas entraîné de visite au service d'urgence.

2.4.2 OBSERVATIONS

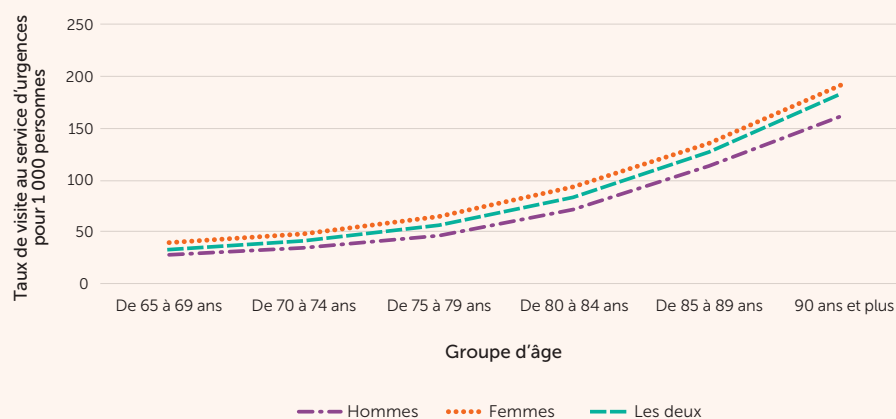
De 2010/2011 à 2019/2020, le nombre annuel de visites au service d'urgences liées à une chute chez les personnes âgées de 65 ans ou plus en Ontario et en Alberta (données combinées) a augmenté de 47 %, passant de 129 825 à 189 679 (**figure 22**). Le taux brut de visites au service d'urgences liées à des chutes est passé de 57,8 à 60,7 pour 1 000 habitants; la tendance du taux standardisé selon l'âge était similaire. Une légère baisse des dénombrements, des taux bruts et des taux standardisés selon l'âge entre 2018/2019 et 2019/2020 peut refléter les mesures de santé publique (telles que les confinements obligatoires) adoptées au printemps 2020 en vue de circonscrire la COVID-19.

FIGURE 22 : Nombre et taux de visites au service d'urgences liées à une chute, population âgée de 65 ans ou plus, données combinées de l'Ontario et de l'Alberta, 2010/2011 à 2019/2020



En 2019/2020, les taux de visites au service d'urgences liées à une chute ont augmenté avec l'âge chez les deux sexes, mais les taux affichés par les femmes ont systématiquement dépassé ceux des hommes (figure 23). Les taux à l'âge de 90 ans ou plus étaient de 162,9 pour 1 000 chez les hommes et de 192,7 chez les femmes (183,3 pour 1 000 pour les deux sexes réunis).

FIGURE 23 : Taux de visites au service d'urgences liées à une chute, selon l'âge et le sexe, population de 65 ans et plus, données combinées de l'Ontario et de l'Alberta, 2019/2020



2.4.3 RÉSUMÉ

Entre 2010/2011 et 2019/2020, le nombre de visites au service d'urgences liées à une chute chez les personnes âgées en Ontario et en Alberta (données combinées) a augmenté de 47 %. Les taux bruts et standardisés selon l'âge des visites au service d'urgences liées à des chutes sont passés de 58 à 64 pour 1 000 habitants. Le taux de visites au service d'urgences liées à une chute a augmenté à des âges successivement plus élevés, pour atteindre 183,3 pour 1 000 chez les personnes âgées de 90 ans ou plus en 2019/2020. Les femmes présentaient un taux de visites au service d'urgences liées à une chute plus élevé que celui des hommes.

2.5 Ce que révèlent les données sur la mortalité à propos des décès dus à une chute chez les aînés

Cette section contient des données tirées de la base canadienne de données de l'état civil sur les décès de Statistique Canada (BCDECD) sur les décès dus à des chutes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les chiffres et les taux de mortalité, les différences par groupe d'âge et par sexe, ainsi que les tendances de 2001 à 2019 sont présentés.

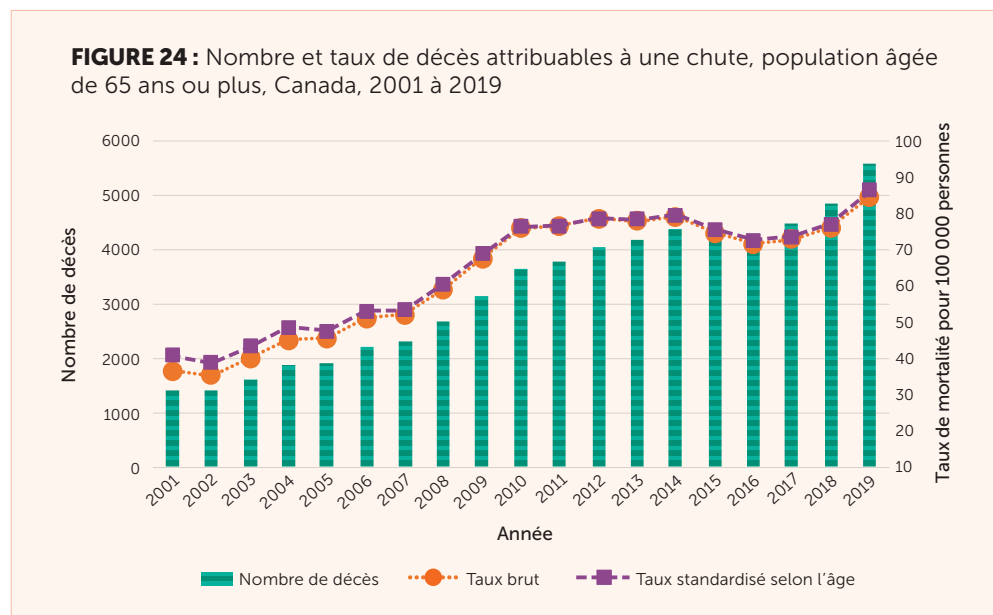
2.5.1 DONNÉES ET DÉFINITIONS

La « cause du décès » dans la BCDECD est la cause sous-jacente, c'est-à-dire la maladie ou la cause externe de la blessure qui a déclenché la séquence d'événements menant directement au décès, ou les circonstances de l'incident ou de la violence qui a produit la blessure mortelle.

À partir de 2000, le BCDECD a codé la cause du décès selon la CIM-10. Dans l'analyse suivante, les décès attribuables à des chutes ont été recensés au moyen des codes W00–W19 de la CIM-10-CA ⁽²⁶⁾. Seules les chutes qui ont déclenché la chaîne d'événements menant au décès ont été considérées comme étant la cause. Si une chute a contribué au décès, mais n'a pas été le facteur déclenchant, elle n'a pas été établie comme étant la cause du décès. Pour cette raison, ces résultats sous-estiment l'incidence des chutes sur les décès des personnes âgées.

2.5.2 OBSERVATIONS

De 2001 à 2019, le nombre annuel de décès et les taux de mortalité bruts et standardisés selon l'âge dus aux chutes ont augmenté chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (**figure 24**). En 2019, 5 581 personnes âgées sont décédées à la suite d'une chute. Au cours de la période allant de 2001 à 2019, le taux de mortalité en raison d'une chute standardisé selon l'âge est passé de 41,0 à 86,4 pour 100 000, soit une augmentation de 111 %.



Le nombre de décès et les taux de mortalité par âge dus aux chutes augmentent avec l'âge (**figures 25 et 26**). En 2019, près des deux tiers des décès liés à des chutes chez les personnes âgées sont survenus à l'âge de 85 ans ou plus. Le taux de mortalité des personnes âgées de 90 ans ou plus (678,4 pour 100 000) était 2,5 fois plus élevé que celui des personnes âgées de 85 à 89 ans (267,4 pour 100 000) et 65 fois plus élevé que celui des personnes âgées de 65 à 69 ans (10,4 pour 100 000).

FIGURE 25: Nombre de décès attribuables à une chute, selon l'âge, population âgée de 65 ans ou plus, Canada, 2009 à 2019

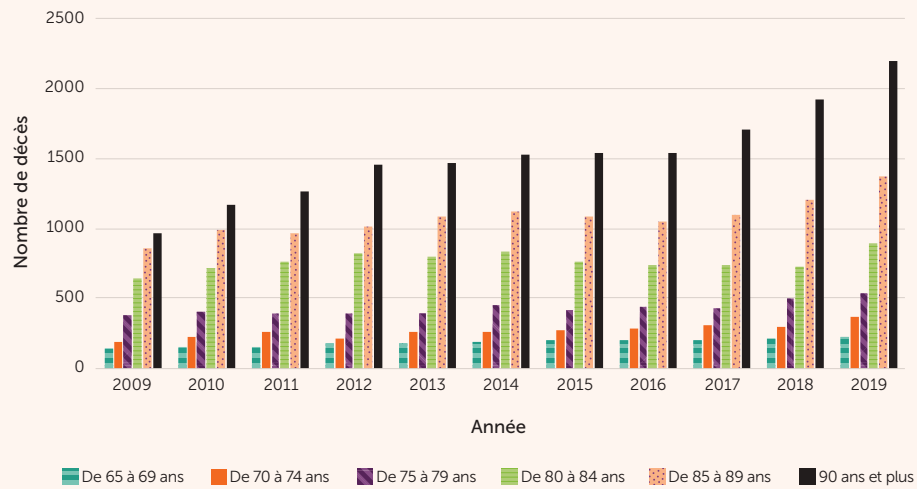
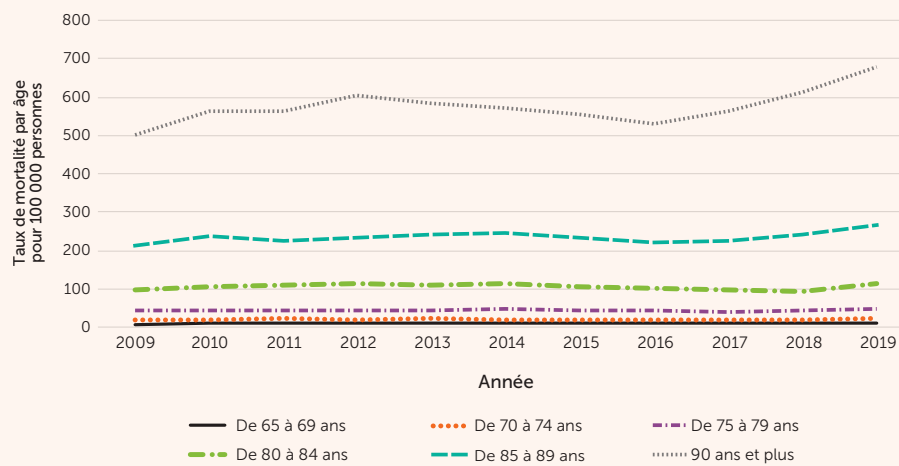
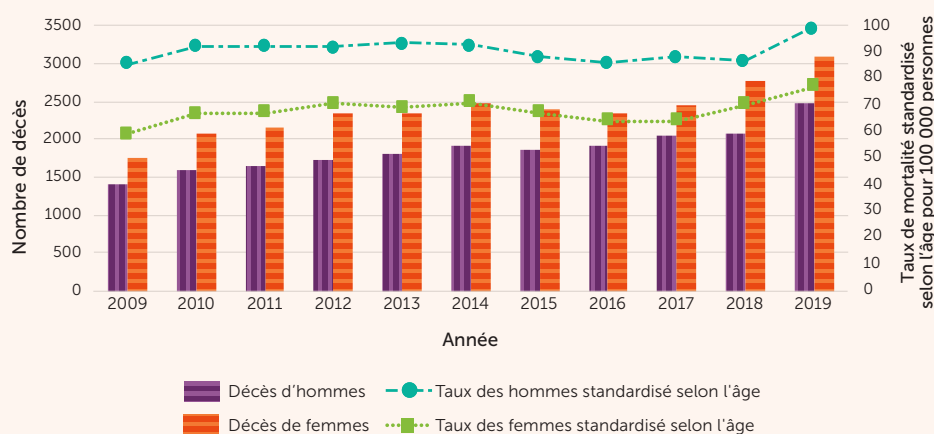


FIGURE 26 : Taux de mortalité par âge pour les décès attribuables à une chute, selon l'âge, population âgée de 65 ans et plus, Canada, 2009 à 2019



Le nombre annuel de décès dus à des chutes a augmenté chez les hommes et les femmes entre 2009 et 2019 (**figure 27**). Chaque année, davantage de femmes que d'hommes sont décédées des suites d'une chute, mais les hommes présentaient des taux de mortalité par chute standardisés selon l'âge plus élevés (99,4 contre 77,2 décès pour 100 000 en 2019). Le taux plus élevé chez les hommes reflète la structure par âge et par sexe de la population âgée, les femmes représentant une part croissante de la population à des âges de plus en plus élevés.

FIGURE 27: Nombre de décès et taux de mortalité standardisé selon l'âge pour les décès attribuables à une chute, par sexe, population âgée de 65 ans ou plus, Canada, 2009 à 2019



2.5.3 RÉSUMÉ

De 2001 à 2019, le nombre annuel de décès dus à des chutes et les taux de mortalité par chute (bruts et standardisés selon l'âge) chez les personnes âgées de 65 ans ou plus ont augmenté. Le nombre de décès liés à des chutes et les taux de mortalité par âge étaient plus élevés à des âges de plus en plus élevés, avec une augmentation prononcée après 90 ans. Chaque année, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à mourir des suites d'une chute, mais les taux de mortalité par chute standardisés selon l'âge sont plus élevés chez les hommes.

2.6 Résumé et conclusions

En 2017-2018, 5,8 % des Canadiens âgés de 65 ans ou plus vivant dans un ménage ont déclaré avoir été blessés lors d'une chute au cours des 12 derniers mois. La prévalence des blessures liées aux chutes était plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et plus élevée chez les personnes âgées de 80 ans ou plus que chez les personnes âgées de 65 à 79 ans. La majorité (61 %) des personnes ayant subi une blessure liée à une chute sont tombées en marchant. Trente-neuf pour cent des blessures dues à des chutes étaient des fractures. Soixante-dix pour cent des personnes âgées ayant subi une blessure liée à une chute ont consulté un médecin, le plus souvent dans un service d'urgences hospitalier.

De 2008/2009 à 2019/2020, les taux bruts et standardisés selon l'âge d'hospitalisations liées à des chutes chez les personnes âgées sont restés relativement stables, à environ 15 pour 1 000 personnes, mais le nombre annuel a augmenté de 47 %. Les taux d'hospitalisations liées à une chute augmentaient avec l'âge, et les taux des femmes dépassaient ceux des hommes. Les hospitalisations liées à une chute ont duré en moyenne quatre ou cinq jours de plus que pour les hospitalisations toutes causes confondues. En 2019/2020, 34 % des hospitalisations liées à une chute sont dues à une fracture de la hanche. Les hospitalisations liées à une chute impliquant une fracture de la hanche ont duré en moyenne environ trois jours de plus que les hospitalisations liées à une chute sans fracture de la hanche.

Le nombre annuel d'hospitalisations liées à une chute chez les personnes âgées vivant dans des établissements de soins pour bénéficiaire interne a augmenté de 36 % entre les années 2008/2009 et 2019/2020. Les hospitalisations liées à une chute chez les personnes âgées vivant dans des établissements de soins pour bénéficiaire interne étaient plus susceptibles d'impliquer une fracture de la hanche que les hospitalisations liées à une chute chez celles vivant dans un ménage (49 % contre 31 %).

Pour l'Ontario et l'Alberta, les taux combinés, bruts et standardisés selon l'âge de visites au service d'urgences en raison d'une chute chez les personnes âgées ont augmenté entre 2010/2011 et 2019/2020, passant de 58 à 64 pour 1 000 habitants. Les taux de visite au service d'urgences en raison d'une chute augmentent avec l'âge, et les taux des femmes étaient plus élevés que ceux des hommes.

De 2001 à 2019, les taux bruts et standardisés selon l'âge de mortalité par chute ont augmenté de 111 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Le taux de mortalité augmente à des âges de plus en plus élevés, en particulier après 90 ans. Bien que les femmes soient plus nombreuses que les hommes à mourir à cause d'une chute chaque année, les taux de mortalité par chute standardisés selon l'âge étaient plus élevés chez les hommes.

Les chutes chez les personnes âgées demeurent un grave problème de santé publique au Canada. Les données du présent rapport indiquent que ce sont les personnes âgées qui sont touchées de manière disproportionnée par les chutes. Ces renseignements fournissent des points de repère pour prioriser les efforts de prévention, en ciblant par exemple les femmes, les personnes âgées de 80 ans ou plus, et les personnes âgées qui vivent seules ou qui ont un faible revenu. Les données fournissent également des renseignements sur le moment et le lieu où les chutes se produisent. Le plus souvent, les chutes se produisent dans un ménage et lorsque la personne marche. Les stratégies de prévention à multiples facettes qui ciblent les risques seront importantes pour réduire la prévalence des blessures et des décès liés aux chutes dans la population vieillissante du Canada.

Les interventions fondées sur des données probantes visant à prévenir les chutes et les blessures connexes chez les personnes âgées ont fait l'objet de nombreuses études et rapports. La prévention d'une chute peut éviter des coûts substantiels pour le système de soins de santé, ainsi que des douleurs et des souffrances pour les personnes touchées et leurs familles. Une approche globale qui modifie les environnements par le biais de politiques et de normes permettant de sensibiliser les décideurs et les personnes âgées elles-mêmes est nécessaire afin d'obtenir un changement durable.



ANNEXE

TABEAU 1 : Répartition de l'échantillon de l'ESCC, selon l'occurrence d'une blessure liée à une chute au cours des 12 derniers mois et certaines caractéristiques démographiques, population de 65 ans ou plus vivant dans un ménage, Canada, 2017-2018

	AUCUNE BLESSURE OU LA BLESSURE LA PLUS GRAVE NE PROVIENT PAS D'UNE CHUTE ^A					LA BLESSURE LA PLUS GRAVE EST ATTRIBUABLE À UNE CHUTE				
	Taille de l'échantillon	Estimations de la population	Pourcentage de la colonne (%) ^{E,F}	IC à 95 %		Taille de l'échantillon	Estimations de la population	Pourcentage de la colonne (%) ^{E,F}	IC à 95 %	
				inférieur	supérieur				inférieur	supérieur
Sexe										
Hommes	12638	2649836	46,7	46,5	46,9	640	139143	39,8	36,1	43,5
Femmes	15624	3022144	53,3	53,1	53,5	1112	210478	60,2	56,5	63,9
Âge										
De 65 à 69 ans	9548	1972200	34,8	33,8	35,8	514	115546	33,0	29,5	36,6
De 70 à 74 ans	7341	1528318	26,9	26,1	27,8	405	73241	20,9	18,2	23,7
De 75 à 79 ans	5047	1015573	17,9	17,2	18,6	305	57786	16,5	13,9	19,2
De 80 à 84 ans	3392	630053	11,1	10,5	11,7	251	47087	13,5	10,6	16,3
85 ans et plus	2934	525835	9,3	8,7	9,8	277	55961	16,0	13,0	19,0
Conditions de logement										
Vivant seul(e)	12136	1569167	27,7	26,6	28,7	842	109727	31,4	28,3	34,5
Vivre avec d'autres personnes	16126	4102813	72,3	71,3	73,4	910	239893	68,6	65,5	71,7
Niveau de scolarité atteint ^G										
Pas de diplôme d'études secondaires	7582	1350254	23,8	23,0	24,6	448	83717	23,9	20,3	27,6
Diplôme d'études secondaires, sans études postsecondaires	6238	1269585	22,4	21,6	23,2	367	75303	21,5	18,5	24,6
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires ou diplôme universitaire	13906	2898848	51,1	50,2	52,0	896	180546	51,6	47,8	55,5
Non indiqué	536	153292	2,7	2,4	3,1	41	10054	2,9 ^E	1,5	4,3
Revenu annuel du ménage ^H										
De zéro ou moins à 19 999	2794	402359	7,1	6,6	7,6	219	35177	10,1	7,5	12,7
De 20 000 à 39 999	8415	1458213	25,7	24,9	26,5	561	87144	24,9	22,1	27,8
De 40 000 à 79 999	10260	2070441	36,5	35,6	37,4	609	126770	36,3	32,6	40,0
De 80 000 à 149 999	5124	1236887	21,8	21,0	22,6	277	71806	20,5	17,4	23,6
150 000 ou plus	1669	504080	8,9	8,2	9,6	86	28724	8,2	5,9	10,6

^A Une blessure (à l'exception d'un microtraumatisme répété) est survenue au cours des 12 derniers mois et elle était suffisamment grave pour limiter les activités normales au moins 24 heures après sa survenue.

^E Les estimations sont marginales en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage ($15\% \leq CV \leq 35\%$).

^F Les estimations sont inacceptables en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage ($CV > 35\%$).

^G Se réfère au plus haut niveau de scolarité atteint par le répondant.

^H Il s'agit du revenu total du ménage, toutes sources confondues.

TABEAU 2 : Définitions de cas des hospitalisations et des visites au service d'urgences pour blessures liées à une chute

Catégorie	Définition de cas
Hospitalisation liée à une chute	Les deux codes de diagnostic suivants coexistent : 1. Code incontestable (préfixe de diagnostic ne commençant pas par « Q ») et significatif (type de diagnostic commençant par « M » « 1 » « 2 » « 6 » « W » « X » « Y ») de la CIM-10-CA : S00–S99, T00–T19, T66–T79, T90–T94, T98 2. Code incontestable (préfixe de diagnostic ne commençant pas par « Q ») de la CIM-10-CA : W00–W19
Hospitalisation liée à une blessure	Code incontestable (préfixe de diagnostic ne commençant pas par « Q ») et significatif (type de diagnostic commençant par « M » « 1 » « 2 » « 6 » « W » « X » « Y ») de la CIM-10-CA : S00–S99, T00–T79, T90–T98
Visite au service d'urgences en raison d'une chute	Code de la CIM-10-CA : W00–W19

TABEAU 3 : Critères d'identification des transferts

Catégorie	Définition
Hospitalisation	L'un ou l'autre des éléments suivants : 1. Un transfert vers ou depuis un établissement de soins actifs. 2. L'admission dans un établissement de soins de courte durée a eu lieu dans les 12 heures précédant ou suivant la sortie d'un autre établissement de soins de courte durée.
Visite au service d'urgences	Un transfert vers ou depuis un établissement de soins de courte durée était indiqué.

RÉFÉRENCES

- (1) James SL, Lucchesi LR, Bisignano C, et al. The global burden of falls: global, regional and national estimates of morbidity and mortality from the Global Burden of Disease Study 2017. *Inj Prev* 2020 Oct;26(Suppl 1):i3–i11.
- (2) World Health Organization. Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. Geneva: World Health Organization; 2021.
- (3) World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: World Health Organization; 2007.
- (4) Do MT, Chang VC, Kuran N, Thompson, W. Blessures liées à une chute chez les aînés canadiens entre 2005 et 2013 : une analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2015;35(7):99-108.
- (5) Parachute. Le coût des blessures au Canada. Toronto (ON): Parachute; 2021 [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : <https://parachute.ca/fr/ressource-professionnelle/le-cout-des-blessures-au-canada/>.
- (6) Agence de la santé publique du Canada. Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014 [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/veillissement-aines/publications/publications-grand-public/chutes-chez-aines-canada-deuxieme-rapport.html.
- (7) Yao X, Skinner R, McFaull S, Thompson W. Aperçu – Hospitalisations pour blessure au Canada en 2018–2019. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2020;40(9):281–7.
- (8) Craig J, Murray A, Mitchell S, Clark S, Saunders L, Burleigh L. The high cost to health and social care of managing falls in older adults living in the community in Scotland. *Scott Med J* 2013;58(4):198–203.
- (9) Hartholt KA, Polinder S, Van der Cammen, Tischa JM, Panneman MJ, Van der Velde N, Van Lieshout EM, et al. Costs of falls in an ageing population: a nationwide study from the Netherlands (2007–2009). *Injury* 2012;43(7):1199–1203.
- (10) Agence de la santé publique du Canada. Vieillesse et maladies chroniques : Profil des aînés canadiens. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2020.
- (11) Statistique Canada. Un portrait de la population âgée de 85 ans et plus en 2016 au Canada. Ottawa (ON) : Statistiques Canada; 2017 [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016004/98-200-x2016004-fra.cfm.
- (12) Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : données combinées, 2017 et 2018. Ottawa (ON) : Statistiques Canada; 2019 [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/191022/dq191022d-fra.htm.
- (13) Institut canadien d'information sur la santé. Métadonnées de la Base de données sur les congés des patients (BDGP). Ottawa (ON) : Institut canadien d'information sur la santé [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-la-base-de-donnees-sur-les-conges-des-patients-bdcp.

- (14) Institut canadien d'information sur la santé. Métadonnées du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Ottawa (ON) : Institut canadien d'information sur la santé [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : www.cihi.ca/fr/metadonnees-du-systeme-national-dinformation-sur-les-soins-ambulatoires-snisa.
- (15) Statistique Canada. Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil - Décès (BCDECD). Ottawa (ON) : Statistiques Canada [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233.
- (16) Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC) : Information détaillée pour 2017. Ottawa (ON) : Statistique Canada [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=329241.
- (17) Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC) : Information détaillée pour 2018. Ottawa (ON) : Statistique Canada [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=795204.
- (18) Institut canadien d'information sur la santé. Codification et classification. Ottawa (ON) : Institut canadien d'information sur la santé [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : www.cihi.ca/fr/normes-et-soumission-de-donnees/codification-et-classification.
- (19) World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Geneva: World Health Organization [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases.
- (20) Association of Public Health Epidemiologists in Ontario. Recommended ICD-10-CA Codes for Injury Indicators. Association of Public Health Epidemiologists in Ontario [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : <https://core.apheo.ca/index.php?pid=306>.
- (21) Institut canadien d'information sur la santé. Analyse en bref : Chutes chez les aînés – provinces de l'Atlantique. Ottawa (ON) : Institut canadien d'information sur la santé; 2010 [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : https://secure.cihi.ca/free_products/falls_among_seniors_atlantic_canada_aib_fr.pdf.
- (22) Vicky Scott, Lori Wagar, Sarah Elliot. A Public Health Approach to Fall Prevention Among Older Persons in Canada. Clin Geriatr Med 2010; 26: 705–718.
- (23) Institut canadien d'information sur la santé. Lignes directrices pour la désignation des NSA. Ottawa (ON) : Institut canadien d'information sur la santé [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : www.cihi.ca/fr/lignes-directrices-pour-la-designation-des-nsa.
- (24) Institut canadien d'information sur la santé. Définitions et lignes directrices pour la désignation des NSA pour les patients hospitalisés en soins de courte durée. Ottawa (ON) : Institut canadien d'information sur la santé [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : www.cihi.ca/sites/default/files/document/acuteinpatientalc-definitionsandguidelines_fr.pdf.
- (25) Canadian Institute for Health Information. CIHI: NACRS Coverage 2002-2003 to 2020-2021. (An internal document at the Public Health Agency of Canada from Canadian Institute for Health Information) [consulté le 8 novembre 2021].
- (26) World Health Organization. ICD-10 Version:2019. Geneva: World Health [consulté le 8 novembre 2021]. Accessible à l'adresse : <https://icd.who.int/browse10/2019/en>.



