

Article

Coup d'œil sur la santé

Comprendre le risque de chute chez les aînés et leur perception du risque

par Caryn Pearson, Julie St-Arnaud et Leslie Geran
Division de la statistique de la santé

Date de diffusion : octobre 2014



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel à infostats@statcan.gc.ca ou par téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

Centre de contact national de Statistique Canada

Numéros sans frais (Canada et États-Unis) :

Service de renseignements	1-800-263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
Télécopieur	1-877-287-4369

Appels locaux ou internationaux :

Service de renseignements	1-613-951-8116
Télécopieur	1-613-951-0581

Programme des services de dépôt

Service de renseignements	1-800-635-7943
Télécopieur	1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit n° 82-624-X au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de
Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2014

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente
publication est assujettie aux modalités de l'entente de
licence ouverte de Statistique Canada ([www.statcan.
gc.ca/reference/copyright-droit-auteur-fra.htm](http://www.statcan.gc.ca/reference/copyright-droit-auteur-fra.htm)).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

- . indisponible pour toute période de référence
- .. indisponible pour une période de référence précise
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- 0 zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
- 0^s valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
- ^p provisoire
- ^r révisé
- x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- ^E à utiliser avec prudence
- F trop peu fiable pour être publié
- * valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Coup d'oeil sur la santé

Comprendre le risque de chute chez les aînés et leur perception du risque

par Caryn Pearson, Julie St-Arnaud et Leslie Geran

Faits saillants

- En 2008-2009, environ le tiers des personnes de 65 ans et plus étaient préoccupées par la possibilité de faire une chute.
- Le risque de chute et la perception de ce risque augmentaient avec l'âge.
- Les femmes avaient plus peur de tomber et présentaient un risque plus élevé que les hommes.
- En 2008-2009, environ 2 aînés sur 10 surestimaient leur risque de chute, tandis que 1 sur 10 le sous-estimait.

Les chutes sont la cause la plus fréquente de blessure chez les Canadiens âgés¹. On estime que, chaque année, environ le tiers des personnes de 65 ans et plus sont susceptibles de tomber au moins une fois². Les chutes sont également une des principales causes des hospitalisations liées à des blessures chez les aînés; en 2008-2009, elles ont contribué à 73 190 hospitalisations^{3,4}. Chaque année, les hospitalisations attribuables à des chutes représentent environ 85 % des hospitalisations liées à des blessures chez les aînés⁵. Selon l'Agence de la santé publique du Canada, plus du tiers des aînés qui sont hospitalisés à la suite d'une chute sont pris en charge dans des établissements de soins de longue durée⁶.

Les chutes peuvent avoir des conséquences graves à un âge avancé, dont des hospitalisations, une qualité de vie réduite,

des douleurs chroniques, des blessures telles que les fractures de la hanche et un risque de décès accru^{7,8}. Au Canada, en 2008-2009, 35 % des hospitalisations liées à des chutes chez les aînés résultaient d'une fracture de la hanche⁹.

Aux conséquences réelles des chutes s'ajoutent les problèmes liés à une mauvaise compréhension des risques. En effet, surestimer le risque de chute pourrait amener une personne à réduire son activité physique. Ceci peut accroître d'autant le risque de chute, car l'activité physique joue un rôle important dans le maintien de la force et de l'équilibre¹⁰. D'un autre côté, les aînés qui sous-estiment leur risque de chute pourraient aller au-delà de leur capacité physique et s'exposer à un plus grand risque de chute¹¹.

Le présent article examine la perception du risque de chute par les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile et compare cette perception à leur risque de faire une chute. L'examen des aînés qui surestiment, sous-estiment ou ont une perception juste de leur risque de chute se fonde sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé, 2008-2009 (ESCC-VS). Les conclusions tirées peuvent servir à développer et à améliorer les programmes de prévention des chutes chez les aînés.

Un cinquième des aînés ont fait une chute

En 2008-2009, environ 20 % des Canadiens de 65 ans et plus (862 000 aînés) ont déclaré qu'ils avaient fait une **chute** au cours de l'année précédente. De ce total, 61 % étaient des femmes et 39 %, des hommes.

Les chutes augmentaient avec l'âge. Environ 17 % des personnes de 65 à 69 ans ont dit qu'elles étaient tombées au cours de la dernière année, comparativement à 27 % des personnes de 85 ans et plus.

Chute

Pour être prise en compte dans cet article, une **chute** doit être survenue au cours des 12 derniers mois. Les renseignements recueillis auprès des répondants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé (ESCC-VS), 2008-2009 concernaient uniquement les chutes qui étaient assez sévères pour limiter certaines de leurs activités normales¹².

Risque perçu de chute : quand le répondant répondait oui à la question « Êtes-vous inquiet ou préoccupé par la possibilité que vous pourriez tomber dans l'avenir? »

Risque perçu de chute

Un peu plus du tiers (34 %) des Canadiens de 65 ans et plus disaient craindre de tomber dans l'avenir. Environ le tiers de ceux qui **percevaient un risque de chute** étaient tombés au cours de la dernière année.

Une crainte exagérée de tomber peut faire augmenter le risque de chute et compromettre la participation aux activités sociales et physiques ainsi que la qualité de vie^{13, 14, 15}. Chez les personnes de 65 ans et plus qui percevaient un risque de chute, environ 44 % ont dit qu'elles avaient cessé de faire certaines activités qui leur plaisaient parce qu'elles avaient peur de tomber.

Les chutes font augmenter la perception des risques de chute et vice-versa¹⁶. Elles peuvent amener une personne à craindre de tomber dans l'avenir, tandis que la perception des risques de chute peut inciter la personne à réduire sa participation à des activités qui aident à développer la force, l'équilibre, la confiance et l'estime de soi¹⁷.

La crainte ou la chute : qu'est-ce qui vient en premier?

Des recherches ont été faites pour déterminer ce qui vient en premier : la peur de tomber ou la chute. Les auteurs d'une étude longitudinale américaine ont constaté que les deux scénarios étaient possibles : dans certains cas, la chute suscitait des craintes tandis que, dans d'autres, la peur entraînait des chutes¹⁸.

En général, chez les aînés qui n'étaient pas tombés, une crainte initiale de tomber menait à de plus fortes probabilités de faire une chute plus tard¹⁹. La même étude concluait également que chez les aînés qui n'avaient pas peur de tomber à l'origine, ceux qui avaient fait une chute étaient plus susceptibles de signaler une crainte de chute 20 mois plus tard que ceux qui n'étaient pas tombés, c'est-à-dire qu'une chute a mené au développement d'une crainte.

La perception du risque de chute différait selon l'âge et le sexe. Les femmes percevaient un plus grand risque de chute que les hommes dans tous les groupes d'âge (graphique 1). Environ 42 % des femmes percevaient un risque comparativement à près du quart des hommes (24%) (données non présentées).

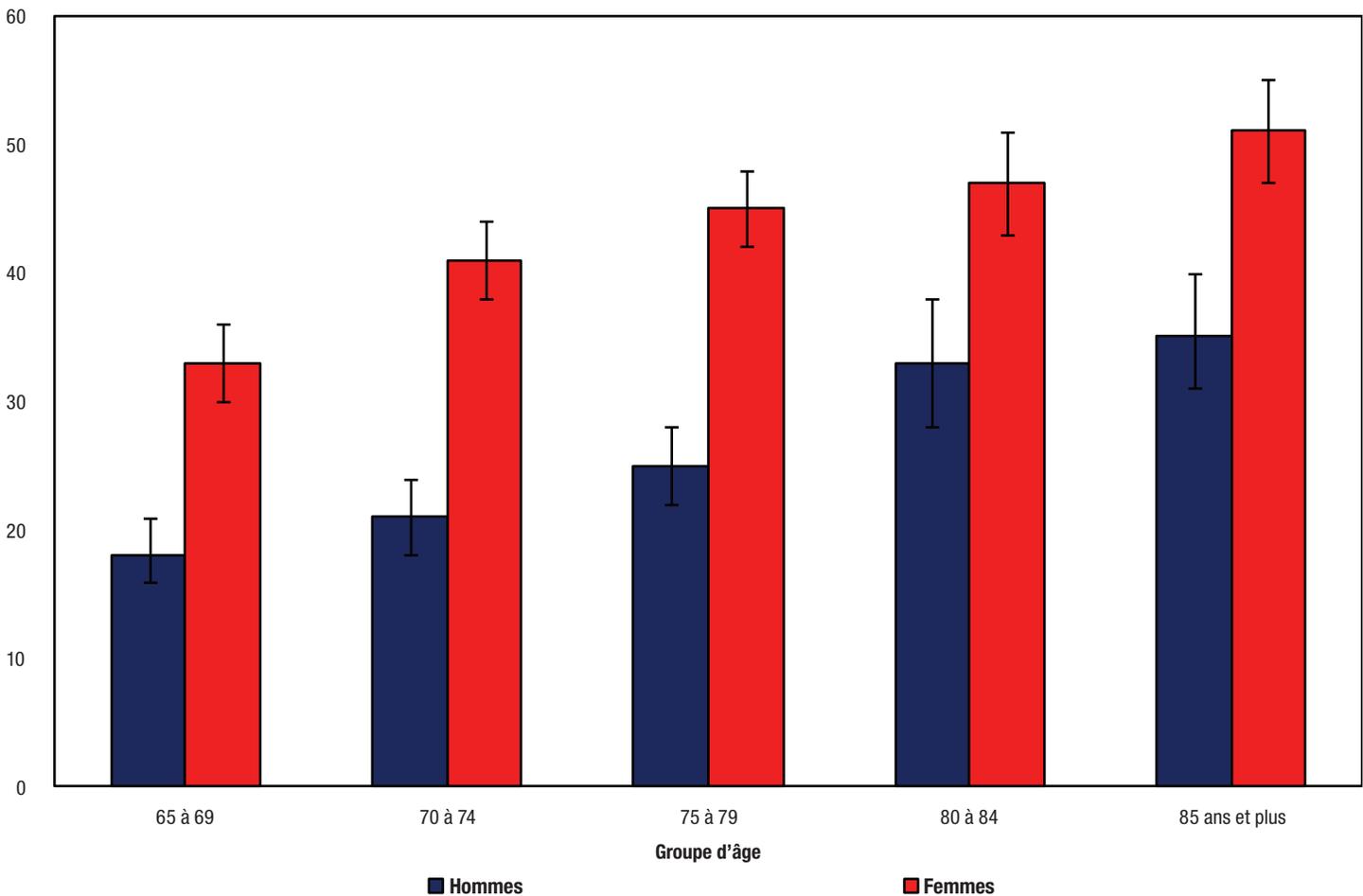
En 2008-2009, la proportion d'aînés qui percevaient un risque de chute augmentait avec l'âge (graphique 1). Près de la moitié (46 %) des personnes de 85 ans et plus percevaient un risque de chute, comparativement à environ le quart (26 %) des personnes de 65 à 69 ans (données non présentées).

Les aînés qui percevaient un risque de chute étaient plus susceptibles que ceux qui n'en percevaient pas :

- d'avoir au moins trois problèmes de santé chroniques diagnostiqués;
- de prendre trois médicaments ou plus par jour;
- d'avoir une perception négative de leur santé;
- de vivre seuls;
- d'avoir fait une chute au cours de la dernière année (graphique 2).

Graphique 1
Pourcentage d'aînés qui percevaient un risque de chute selon l'âge et le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2008-2009

pourcentage



Note : Les lignes qui superposent les barres du présent graphique montrent l'intervalle de confiance à 95 %. Elles permettent la comparaison des différences statistiques entre les estimations.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé, 2008–2009.

Parmi les aînés qui percevaient un risque de chute, environ 71 % avaient au moins trois problèmes de santé chroniques diagnostiqués, comparativement à 50 % des aînés qui ne percevaient pas de risque.

De même, les aînés qui percevaient un risque de chute s'estimaient en moins bonne santé en général que ceux qui ne percevaient pas de risque. Environ 68 % des aînés qui percevaient un risque de chute estimaient que globalement leur santé était mauvaise, passable ou bonne, comparativement à 51 % des autres aînés (graphique 2).

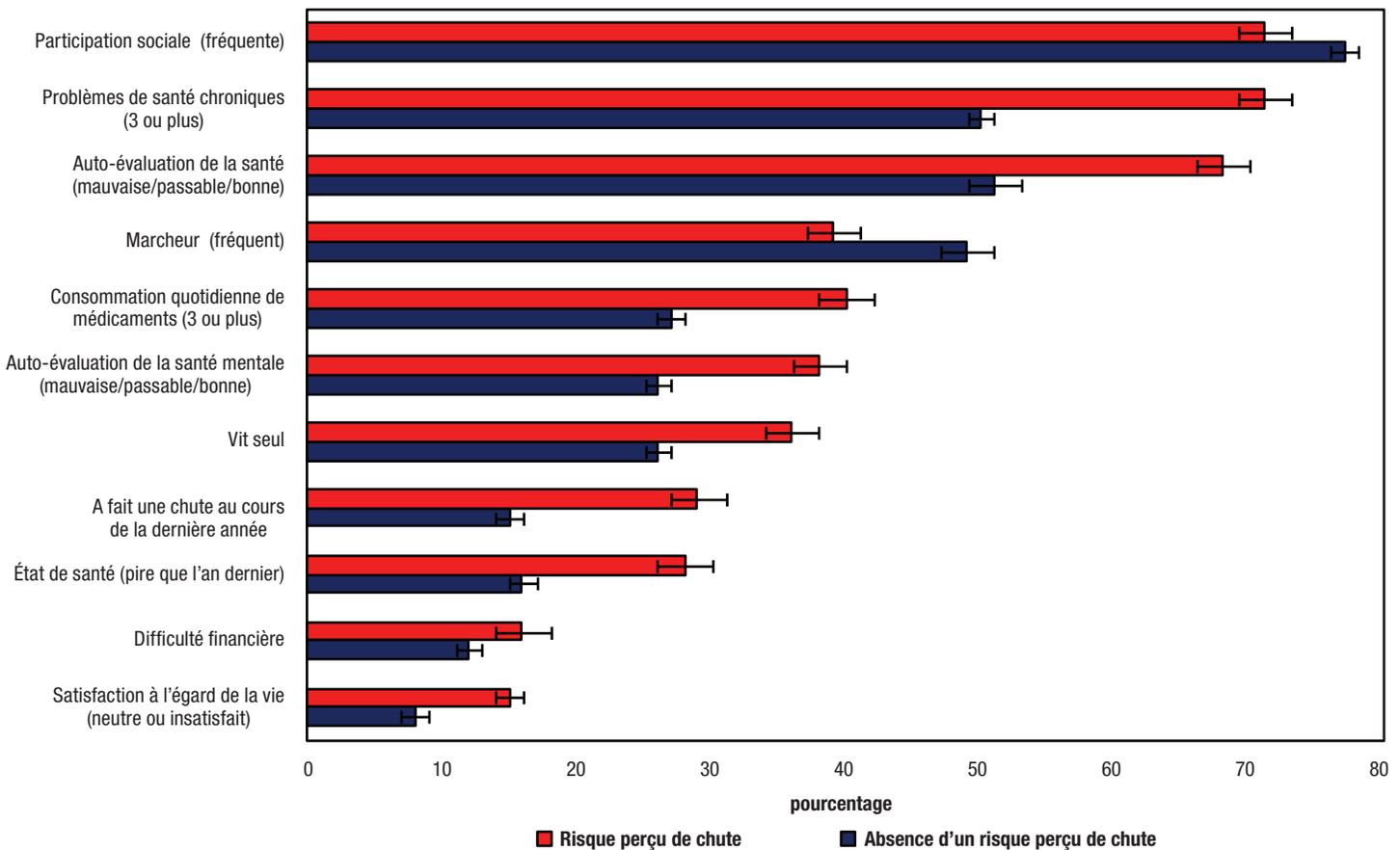
D'après des études antérieures, un risque perçu de chute entraîne une réduction de la participation aux activités sociales²⁰. En 2008-2009, environ 7 aînés sur 10 qui percevaient un risque de chute participaient à des activités

communautaires au moins une fois par semaine, ce qui est inférieur à ceux qui ne percevaient pas de risque.

En 2008-2009, environ le tiers (29 %) des aînés qui percevaient un risque de chute avaient fait une chute au cours de la dernière année, comparativement à 15 % des aînés ne percevant pas un tel risque. Les aînés qui craignent de tomber, après avoir déjà fait une chute, pourraient présenter un risque plus élevé. En effet, les recherches indiquent que les chutes antérieures sont le meilleur prédicteur des chutes futures²¹.

Graphique 2
Certaines caractéristiques¹ des aînés de 65 ans ou plus selon le risque perçu de chute, Canada, 2008-2009

Caractéristiques



1. Voir l'encadré « Définitions clés » qui contient les définitions de plusieurs variables utilisées dans ce graphique.

Note : Les lignes qui superposent les barres du présent graphique montrent l'intervalle de confiance à 95 %. Elles permettent la comparaison des différences statistiques entre les estimations.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé, 2008–2009.

Risque élevé de chute

Environ 1,5 million d'aînés percevaient un risque de chute, mais ils ne présentaient pas tous un **risque élevé de chute**. En 2008-2009, environ 34 % des personnes de 65 ans et plus étaient préoccupées par la possibilité de faire une chute, mais seulement 22 % avaient un risque élevé de chute. La plupart des aînés n'étaient pas à risque élevé de chute. En 2008-2009, environ 78 % d'entre eux présentaient un **faible risque**.

Risque de chute

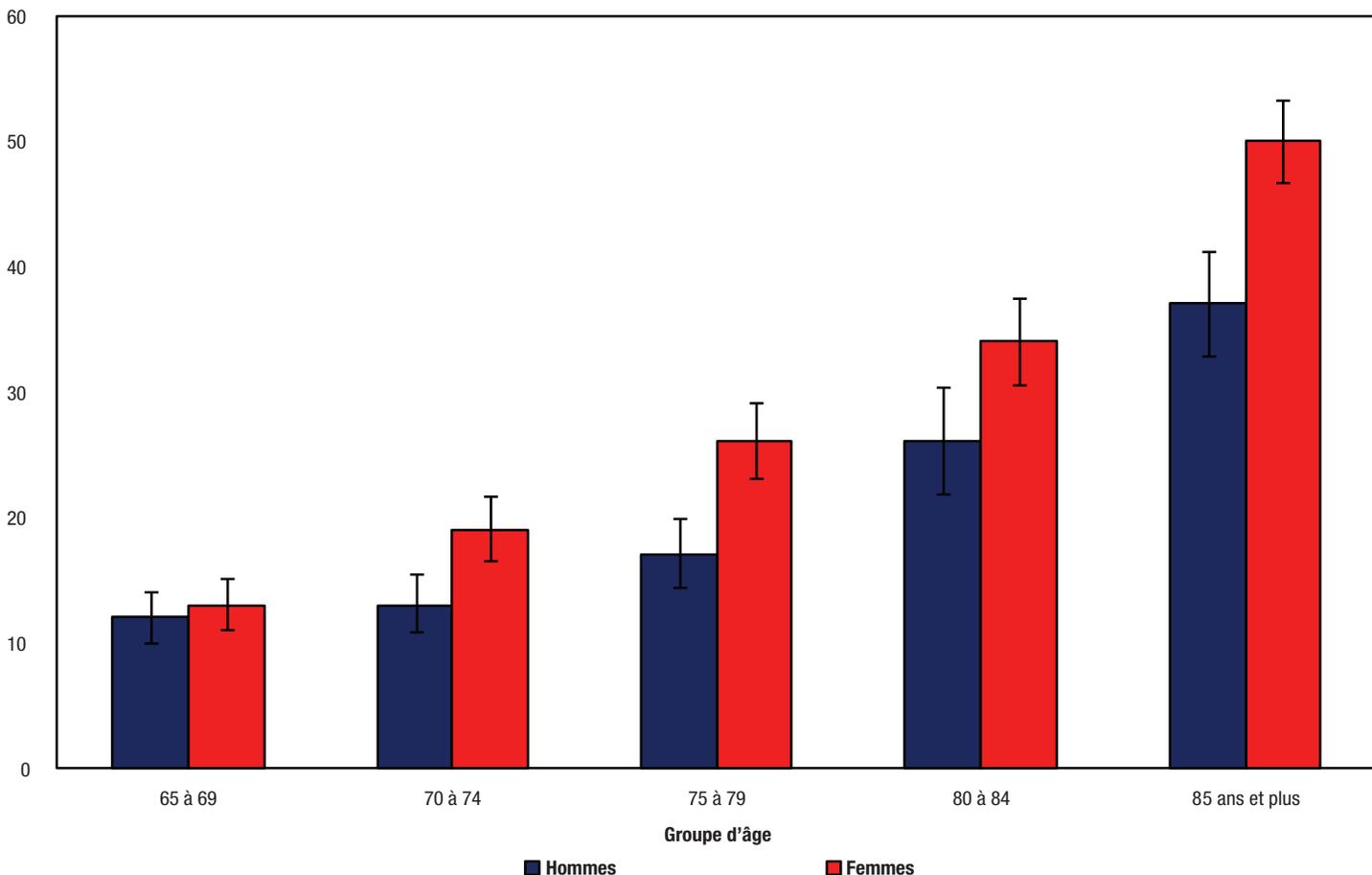
Le **risque élevé de chute** a été mesuré à l'aide des critères établis par les sociétés américaine et britannique de gériatrie (American and British Geriatrics Societies)²². Les répondants étaient considérés comme à risque élevé de chute s'ils remplissaient l'un des trois critères suivants :

1. ils étaient tombés au moins deux fois au cours des 12 derniers mois;
2. ils avaient reçu des soins médicaux 48 heures ou moins après avoir subi une blessure consécutive à une chute;
3. ils avaient du mal à marcher ou à conserver leur équilibre.

Faible risque de chute : Les répondants qui ne remplissaient aucun des trois critères de risque élevé de chute étaient considérés comme présentant un faible risque.

Graphique 3
Pourcentage d'aînés à risque élevé de chute selon l'âge et le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2008-2009

pourcentage



Note : Les lignes qui superposent les barres du présent graphique montrent l'intervalle de confiance à 95 %. Elles permettent la comparaison des différences statistiques entre les estimations.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé, 2008–2009.

Plus de femmes que d'hommes présentaient un risque élevé de chute dans tous les groupes d'âge, sauf chez les personnes de 65 à 69 ans, où le risque de chute était à peu près le même pour les deux sexes (13 %) (graphique 3).

Le risque de chute avait tendance à augmenter avec l'âge (graphique 3). Chez les aînés de 85 ans et plus, environ 46 % étaient à risque élevé de chute comparativement à 13 % des personnes de 65 à 69 ans (données non présentées).

Comparaison de la perception et du risque

La plupart des aînés, environ 70 %, avaient une **perception juste** de leur risque de chute. Ils pouvaient avoir une **perception juste d'un faible risque** ou une **perception juste d'un risque élevé** de chute. Plus de la moitié des personnes de 65 ans et plus percevaient correctement un faible risque (57%), alors que 13 % percevaient correctement un risque élevé.

Environ 30 % des aînés avaient une **perception faussée** de leur risque de chute : ils **surestimaient ou sous-estimaient** ce risque. Environ 21 % des aînés surestimaient leur risque de chute tandis que 9 % le sous-estimaient.

Comparaison de la perception et du risque

Cet article applique une stratégie semblable à celle d'une étude australienne²³ en ce qui a trait à la comparaison du risque tel que perçu par les aînés et du risque de faire une chute²⁴. Cette approche a été utilisée pour évaluer le nombre d'aînés qui surestiment leur risque de chute, qui le sous-estiment ou qui le perçoivent avec justesse.

1. Perception juste :

- a. **Perception juste – risque élevé :** Les aînés percevaient correctement un risque élevé de chute s'ils étaient préoccupés par la possibilité de tomber et s'ils satisfaisaient aux critères de **risque élevé de chute**.
- b. **Perception juste – faible risque :** Les aînés percevaient correctement un faible risque de chute s'ils n'étaient pas préoccupés par la possibilité de tomber et s'ils ne satisfaisaient **pas** aux critères de **risque élevé de chute**.

2. Perception faussée :

- a. **Surestimation :** Les aînés surestimaient leur risque de chute s'ils étaient préoccupés par la possibilité de tomber mais ne satisfaisaient **pas** aux critères de **risque élevé de chute**.
- b. **Sous-estimation :** Les aînés sous-estimaient leur risque de chute s'ils n'étaient pas préoccupés par la possibilité de tomber mais qu'ils satisfaisaient aux critères de **risque élevé de chute**.

Le pourcentage d'aînés qui percevaient correctement un faible risque de chute diminuait avec l'âge, alors que le pourcentage qui percevaient correctement un risque élevé de chute augmentait avec l'âge.

Chez les personnes de 65 à 69 ans, environ 7 sur 10 (68 %) avaient une perception juste de leur faible risque de chute tandis que 2 sur 10 (19 %) surestimaient leur risque de chute (graphique 4).

Chez les personnes de 85 ans et plus, environ 3 sur 10 (28 %) avaient une perception juste de leur risque élevé de chute, tandis que près de 4 sur 10 (37 %) percevaient correctement un faible risque de chute.

Les aînés plus âgés avaient davantage tendance à sous-estimer leur risque de chute que les plus jeunes. Environ 18 % des personnes de 85 ans et plus sous-estimaient leur risque de chute comparativement à 6 % des personnes de 65 à 69 ans.

D'un côté, un pourcentage plus élevé de femmes (16 %) que d'hommes (9 %) percevaient correctement leur risque élevé de chute. D'un autre côté, une plus grande proportion d'hommes (68 %) que de femmes (49 %) percevaient avec justesse leur faible risque de chute. De plus, les femmes avaient davantage tendance (26 %) à surestimer leur risque de chute que les hommes (15 %). Environ la même proportion (9 %) d'hommes et de femmes sous-estimaient leur risque.

Faible risque de chute : perception juste et surestimation

Les aînés à faible risque de chute peuvent se diviser en deux groupes : ceux qui **percevaient correctement un faible risque de chute** et ceux qui **surestimaient** leur risque de chute. Les deux groupes présentaient un faible risque de chute mais, comparativement aux aînés qui percevaient correctement un faible risque, ceux qui surestimaient leur risque étaient plus susceptibles :

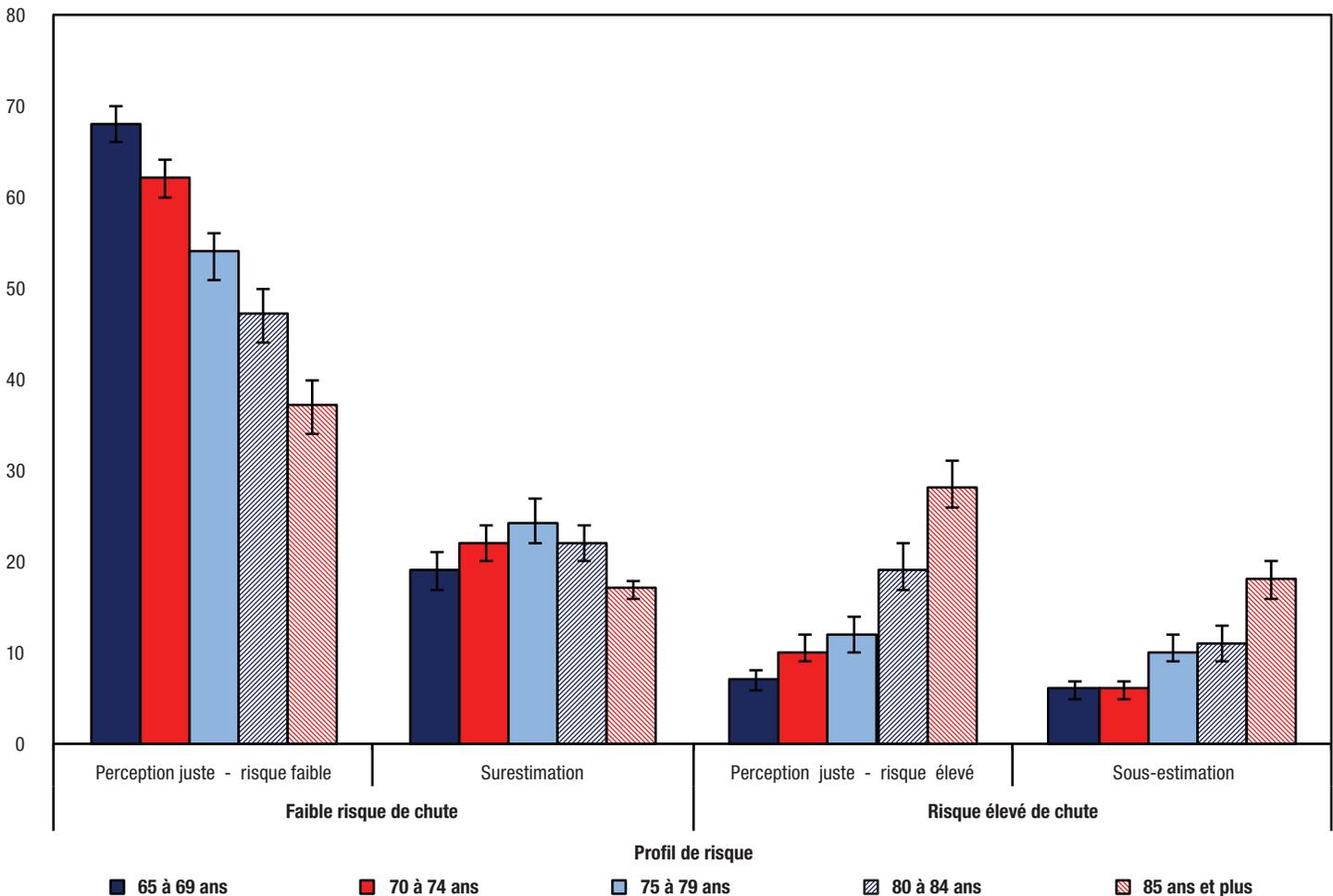
- d'avoir au moins trois problèmes de santé chroniques diagnostiqués;
- d'avoir une perception plus négative de leur état de santé général ou de leur santé mentale;
- de vivre seuls (graphique 5).

Les problèmes de santé des aînés et leur perception de leur état de santé pouvaient amener ceux-ci à surestimer leur risque. D'après les conclusions tirées de recherches antérieures, les aînés qui surestiment leur risque pourraient voir dans des problèmes mineurs d'équilibre physique le signe d'une dégradation importante de leur état de santé et de leur équilibre qui les expose à un plus grand risque de chute²⁵.

Parmi les aînés qui surestimaient leur risque de chute, environ 63 % avaient au moins trois problèmes de santé chroniques diagnostiqués, comparativement à 47 % des aînés qui percevaient avec justesse un faible risque.

Graphique 4
Âge des aînés selon le profil de risque, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada, 2008-2009

pourcentage



Note : Les lignes qui superposent les barres du présent graphique montrent l'intervalle de confiance à 95 %. Elles permettent la comparaison des différences statistiques entre les estimations.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé, 2008–2009.

Par rapport aux aînés qui percevaient correctement un faible risque, ceux qui surestimaient leur risque avaient une perception plus négative de leur état de santé général et de leur santé mentale. Environ 61 % des aînés qui surestimaient leur risque de chute jugeaient que globalement leur santé était mauvaise, passable ou bonne, comparativement à 48 % des aînés qui percevaient correctement un faible risque.

Une réduction de la participation aux activités sociales peut être due à la perception d'un risque de chute²⁶. Bien que les aînés qui surestimaient leur risque étaient plus susceptibles de vivre seuls, leur taux de participation aux activités communautaires était à peu près le même que celui des aînés qui percevaient correctement un faible risque.

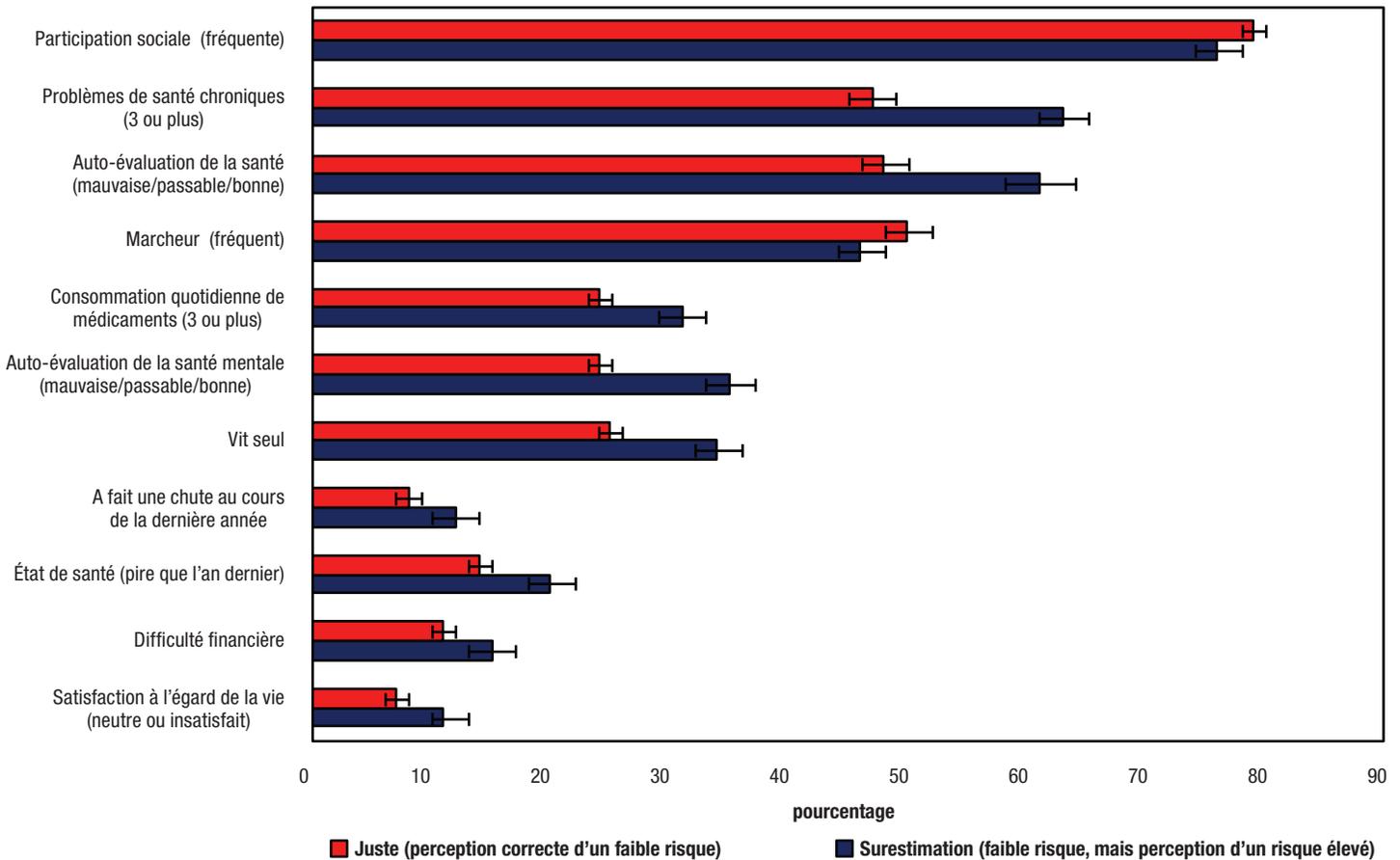
Risque élevé de chute : perception juste et sous-estimation

Les aînés ayant un risque élevé de chute se divisaient en deux groupes : ceux qui **percevaient correctement un risque élevé de chute** et ceux qui **sous-estimaient** leur risque de chute. Les deux groupes présentaient un risque élevé de chute mais, comparativement aux aînés qui percevaient correctement un risque élevé, ceux qui sous-estimaient leur risque :

- avaient moins de problèmes de santé chroniques diagnostiqués;
- prenaient moins de médicaments;
- avaient une meilleure perception de leur état de santé;
- marchaient plus souvent (graphique 6).

Graphique 5
Certaines caractéristiques¹ des aînés à faible risque de chute selon le profil de risque, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada, 2008-2009

Caractéristiques



1. Voir l'encadré « Définitions clés » qui contient les définitions de plusieurs variables utilisées dans ce graphique.

Note : Les lignes qui superposent les barres du présent graphique montrent l'intervalle de confiance à 95 %. Elles permettent la comparaison des différences statistiques entre les estimations.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé, 2008-2009.

Des études ont démontré que la consommation de médicaments, particulièrement plus de trois ou quatre par jour, est associée à un plus grand risque de chute²⁷. Chez les aînés qui percevaient avec justesse un risque élevé de chute, environ 56 % prenaient trois médicaments ou plus par jour, comparativement à 44 % des aînés qui sous-estimaient leur risque.

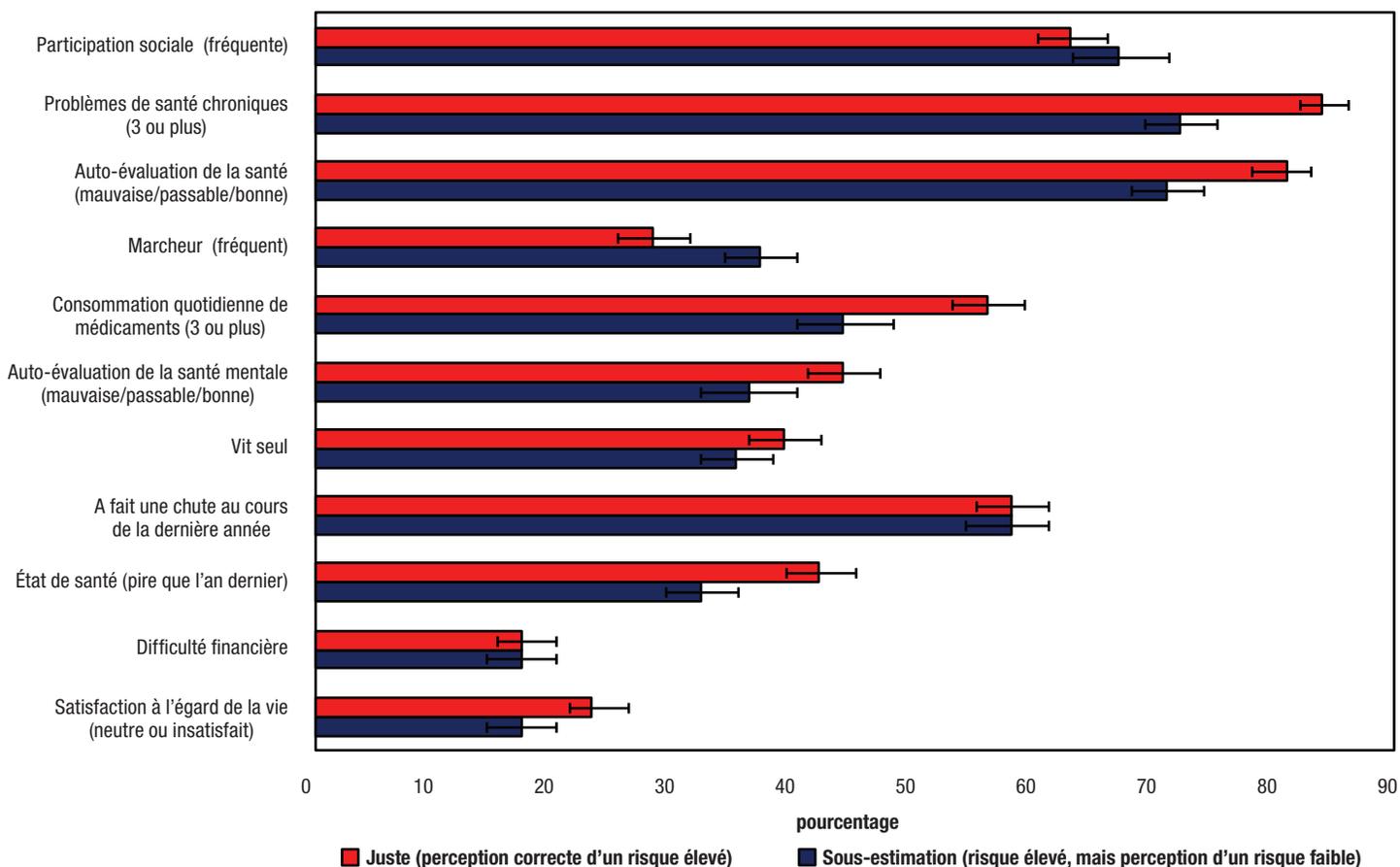
Environ 32 % des aînés qui sous-estimaient leur risque de chute croyaient que leur santé s'était détériorée au cours de la dernière année, comparativement à quelque 42 % des aînés qui percevaient correctement un risque élevé de chute. De même, les aînés qui sous-estimaient leur risque avaient moins de problèmes de santé chroniques diagnostiqués (72 %) que ceux qui percevaient correctement un risque élevé (84 %) (graphique 6).

En 2008-2009, les aînés qui sous-estimaient leur risque marchaient plus fréquemment (37 %) que ceux qui percevaient avec justesse un risque élevé (28 %). Cette constatation est semblable à celle d'autres chercheurs selon lesquels les aînés qui sous-estimaient leur risque de chute faisaient plus d'exercices planifiés que ceux qui percevaient correctement un risque élevé²⁸.

La proportion d'aînés qui avaient fait une chute au cours de la dernière année était à peu près la même dans le groupe qui sous-estimait le risque de chute que dans celui qui percevait correctement un risque élevé (58 %). Il a été démontré que les chutes mènent à d'autres chutes. D'après les recherches, les aînés qui ont fait au moins une chute sont trois fois plus susceptibles de tomber l'année suivante que ceux qui n'en ont pas fait²⁹. Les aînés qui sous-estiment leur risque

Graphique 6
Certaines caractéristiques¹ des aînés à risque élevé de chute selon le profil de risque, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada, 2008-2009

Characteristics



1. Voir l'encadré « Définitions clés » qui contient les définitions de plusieurs variables utilisées dans ce graphique.

Note : Les lignes qui superposent les barres du présent graphique montrent l'intervalle de confiance à 95 %. Elles permettent la comparaison des différences statistiques entre les estimations.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé, 2008-2009.

de chute pourraient ne pas être conscients du fait que leurs chutes antérieures ou leurs problèmes de santé les exposent à un risque de chutes dans l'avenir.

Résumé

En 2008-2009, plus des trois quarts des aînés (78 %) présentaient un faible risque de chute, tandis que 22 % étaient à risque élevé de chute. Plus de femmes que d'hommes percevaient un risque de chute, et la proportion d'aînés qui percevaient un risque avait tendance à augmenter avec l'âge. Environ 34 % des aînés disaient percevoir un risque de chute.

La plupart des aînés percevaient avec justesse leur risque de chute. Cependant, environ 2 aînés sur 10 surestimaient leur risque et 1 sur 10 le sous-estimait. La perception qu'ont les aînés de leur état de santé général pourrait être liée à la perception de leur risque. Dans certains cas, il pourrait y avoir un lien entre la perception de l'état de santé général et la surestimation ou sous-estimation du risque de chute. Les aînés qui sous-estimaient leur risque de chute étaient plus actifs et moins susceptibles d'avoir au moins trois problèmes de santé chroniques diagnostiqués. Ceux qui surestimaient leur risque de chute étaient plus susceptibles de vivre seuls et d'avoir au moins trois problèmes de santé chroniques diagnostiqués.

Définitions clés

Difficulté financière : Étaient en difficulté financière les répondants qui déclaraient que malgré le revenu actuel de leur ménage, ils éprouvaient des difficultés à couvrir les dépenses de base comme la nourriture, le logement et les vêtements.

État de santé (pire que l'an dernier) : Les répondants qui ont déclaré que leur état de santé perçu, comparativement à l'an dernier, était maintenant « un peu moins bon » ou « bien moins bon ».

Marcheur (fréquent) : Les répondants qui ont répondu « souvent (5 à 7 jours) » à la question « Au cours des sept derniers jours, combien de fois êtes-vous allé marcher à l'extérieur de votre maison ou de votre cour pour quelque raison que ce soit? ».

Participation sociale (fréquente) : Les répondants qui disaient participer à des activités communautaires au moins une fois par semaine étaient considérés comme ayant une participation sociale fréquente. L'ESCC – VS a permis de recueillir des renseignements sur les activités communautaires telles que les activités à l'église ou religieuses, bénévoles ou de bienfaisance, sportives ou physiques avec d'autres personnes, éducatives ou culturelles, d'une association communautaire ou professionnelle et les activités à l'extérieur du foyer avec des membres de la famille ou des amis.

Problèmes de santé chroniques (trois ou plus) : On a déterminé la présence de problèmes de santé chroniques en demandant aux répondants à l'enquête si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez eux des problèmes de santé chroniques qui avaient duré, ou qui risquaient de durer, six mois ou plus. On leur a lu une liste de problèmes de santé. L'enquête se limitait aux problèmes de santé généralement liés au vieillissement : la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, l'arthrite, les maux de dos, les troubles intestinaux, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, les cataractes, le glaucome, les maladies cardiaques, l'hypertension artérielle, l'incontinence urinaire, l'ostéoporose et les séquelles d'un accident vasculaire cérébral. Les répondants qui disaient avoir reçu un diagnostic pour au moins trois des problèmes de santé chroniques figurant dans la liste étaient considérés comme ayant trois problèmes de santé chroniques ou plus.

Caryn Pearson, Julie St-Arnaud et Leslie Geran sont les analystes à la Division de la statistique de la santé.

Les auteurs souhaitent remercier Jennifer Ali, Teresa Janz, Pamela Ramage-Morin, Heather Gilmour, Melanie Hoover et Barbara Sérandour pour leur contribution.

Le contenu de l'étude a été préparé par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, en collaboration avec Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que d'experts chargés de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV), une importante initiative stratégique des Instituts de recherche en santé du Canada. Les consultations ont aussi fait intervenir des représentants de Ressources humaines et Développement des compétences Canada et des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. L'ajout de 5 000 répondants âgés de 45 à 54 ans a été financé par l'ELCV.

Notes

1. Voir Billette and Janz, 2011.
2. Voir Office of the Provincial Health Officer, British Columbia, 2003.
3. Voir L'Institut canadien d'information sur la santé, 2011.
4. Voir L'Institut canadien d'information sur la santé, 2010.
5. Voir L'Institut canadien d'information sur la santé base de données sur la morbidité hospitalière.
6. Voir Agence de la santé publique du Canada, 2014.
7. Voir Agence de la santé publique du Canada, 2005.
8. Voir Office of the Provincial Health Officer, British Columbia, 2003.
9. Voir L'Institut canadien d'information sur la santé, 2010.
10. Voir Delbaere et al., 2004.
11. Voir Delbaere et al., 2010.
12. Voir L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé Questionnaire, 2010.
13. Voir Friedman et al., 2002.
14. Voir Deandrea et al., 2010.
15. Voir Delbaere et al., 2004.
16. Voir Deandrea et al., 2010.
17. Voir Adkin, 2002.
18. Voir Friedman et al., 2002.
19. Voir Friedman et al., 2002.

20. Voir Howland et al., 1998.
21. Voir L'Institut canadien d'information sur la santé, 2010.
22. Voir American Geriatrics Society and British Geriatrics Society, 2010.
23. Voir Delbaere et al., 2010.
24. Tel que mesuré par des critères objectifs établis par les sociétés américaine et britannique de gériatrie (American and British Geriatrics Societies). Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter l'encadré « risque de chute ».
25. Voir Delbaere et al., 2010.
26. Voir Howland et al., 1998.
27. Voir Agence de la santé publique du Canada, 2014.
28. Voir Delbaere et al., 2010.
29. Voir Agence de la santé publique du Canada, 2014.

- DELBAERE, KIM, GEERT CROMBEZ, GUY VANDERS-TRAETEN, TINE WILLEMS et DIRK CAMBIER. 2004. « Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study », *Age and Ageing*, vol. 33, p. 368 à 373.
- DELBAERE, KIM, JACQUELINE CLOSE, HENRY BRODATY, PERMINDER SACHDEV et STEPHEN LORD. 2010. « Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study », *British Medical Journal*, vol. 341, n° 7770, p. 436 à 444.
- FRIEDMAN, SUSAN, BEATRIZ MUNOZ, SHEILA WEST, GARY RUBIN et LINDA FRIED. 2002. « Falls and fear of falling: which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention », *American Geriatrics Society*, vol. 50, p. 1329 à 1335.
- HOWLAND J., M.E. LACHMAN, E.W. PETERSON, J. COTE, L. KASTEN et A. JETTE. 1998. « Covariates of fear of falling and associated activity curtailment », *Gerontologist* Vol. 38, n° 5, p. 549 à 555.

Documents consultés

ADKIN, ALLAN. 2002. « Fear of falling modifies anticipatory postural control », *Experimental Brain Research*, vol. 143, n° 22, p. 160 à 170.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY AND BRITISH GERIATRICS SOCIETY, Panel on Prevention of Falls in Older Persons. 2010. « Summary of the updated American geriatrics society/British geriatrics society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 59, n° 1. www.americangeriatrics.org/files/documents/health_care_pros/JAGS_Falls.Guidelines.pdf

BILLETTE JEAN-MICHEL et TERESA JANZ. 2011. « Les blessures au Canada : Un aperçu des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », Coup d'œil sur la santé, produit n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada, Ottawa. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11506-fra.htm>

L'INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. 2010. « Les personnes âgées et les chutes », Les personnes âgées. Ottawa. http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/SENIORS_FALLS_INFO_FR

L'INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. 2011. Les soins de santé au Canada 2011: Regard sur les personnes âgées et le vieillissement. Ottawa. https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf

L'INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH). OTTAWA. http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/hmdb_metadata

DEANDREA, SILVIA, ERSILIA LUCENTEFORTE, FRANCESCA BRAVI, ROBERTO FOSCHI, CARLO LA VECCHIA et EVA NEGRI. 2010. « Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis », *Epidemiology*, vol. 21, n° 5, p. 658 à 668.

OFFICE OF THE PROVINCIAL HEALTH OFFICER, BRITISH COLUMBIA. 2003. Prevention of Falls and Injuries Among the Elderly: A Special Report from the Office of the Provincial Health Officer. Victoria British Columbia: Provincial Health Office, BC Ministry of Health Planning. <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/falls.pdf>

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. 2005. Rapport sur les chutes des aînés au Canada. Ottawa, Ontario. <http://publications.gc.ca/collections/Collection/HP25-1-2005F.pdf>

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. 2014. Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport. Ottawa, Ontario. http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/index-fra.php

STATISTIQUE CANADA. 2010. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé Questionnaire. Ottawa: Statistique Canada. http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Instr_f.pl?Function=getInstrumentList&Item_Id=53430&UL=1V&