

# Analyse en bref

Juin 2010 **Types de soins**

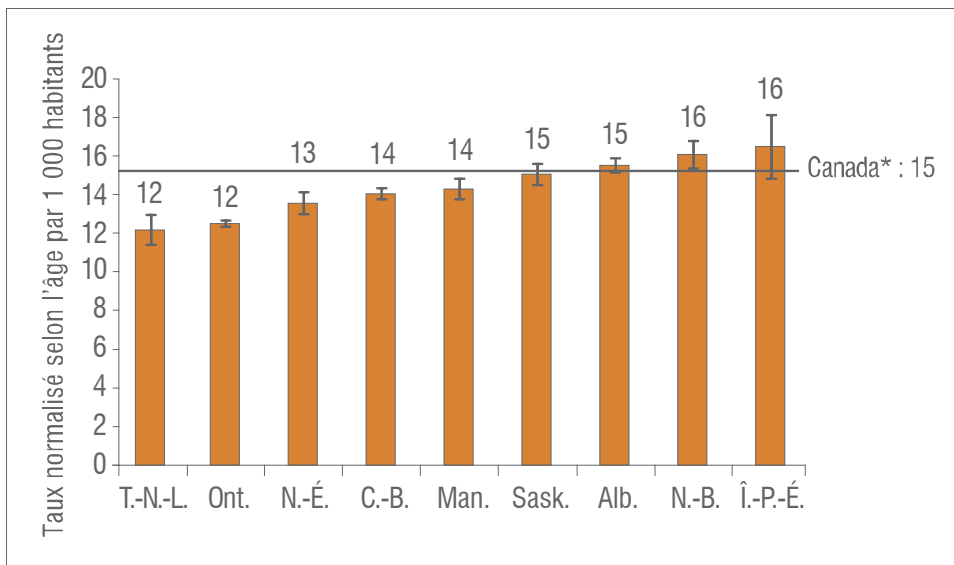


## Chutes chez les aînés — provinces de l'Atlantique

En 2007-2008, les taux d'hospitalisation à la suite d'une chute chez les aînés, normalisés selon l'âge, étaient de 12 par 1 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador, de 13 par 1 000 habitants en Nouvelle-Écosse, et de 16 par 1 000 habitants à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick.

Figure 1

Taux d'hospitalisation à la suite d'une chute chez les aînés, normalisés selon l'âge, 2007-2008



### Remarques

\* Exclut les résidents du Québec.

Les données du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon ont été supprimées en raison de cellules de faible valeur.

### Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2007-2008, dans les provinces de l'Atlantique, environ 60 % des aînés hospitalisés en raison d'une chute sont tombés à leur domicile, tandis que 13 % sont tombés dans un établissement de soins en hébergement.

### Qui sommes-nous?

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

### Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

### Programme de coordination de l'image de marque

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

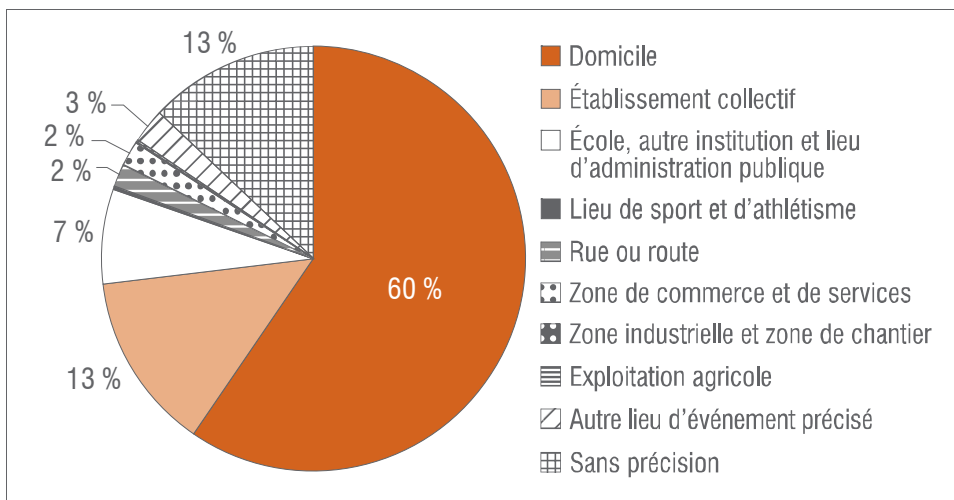


Institut canadien  
d'information sur la santé  
Canadian Institute  
for Health Information

À l'avant-garde de l'information sur la santé

Figure 2

Hospitalisations à la suite d'une chute chez les aînés par lieu d'événement\*, provinces de l'Atlantique, 2007-2008

**Remarque**

\* Exclut les catégories contenant moins de 1 % de données (exploitation agricole, zone industrielle et zone de chantier et lieu de sport et d'athlétisme).

**Source**

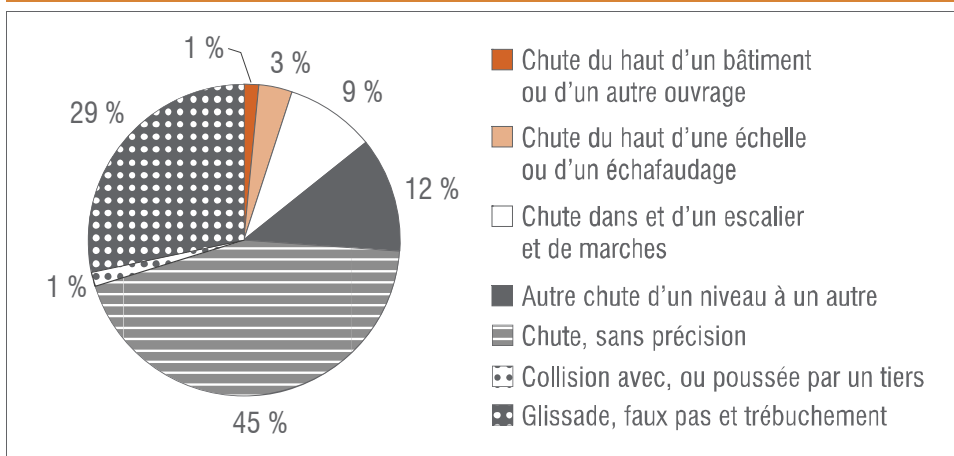
Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Dans le Registre national des traumatismes, les hospitalisations sont répertoriées par type de blessures et classées dans des sous-catégories précisant le type de chute accidentelle. En 2007-2008 dans les provinces de l'Atlantique, la plupart des hospitalisations à la suite d'une chute accidentelle ont été signalées dans les catégories *chute, sans précision* ou *glissade, faux pas et trébuchement*.

Au Nouveau-Brunswick, 74 % des hospitalisations à la suite d'une chute accidentelle résultaient d'une glissade, d'un faux pas ou d'un trébuchement ou figuraient dans la catégorie *chute, sans précision*. À Terre-Neuve-et-Labrador, 73 % des hospitalisations à la suite d'une chute accidentelle découlaient d'une glissade, d'un faux pas ou d'un trébuchement ou apparaissaient dans la catégorie *chute, sans précision*, tandis qu'en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, ces taux étaient de 72 % et de 77 %, respectivement.

Figure 3

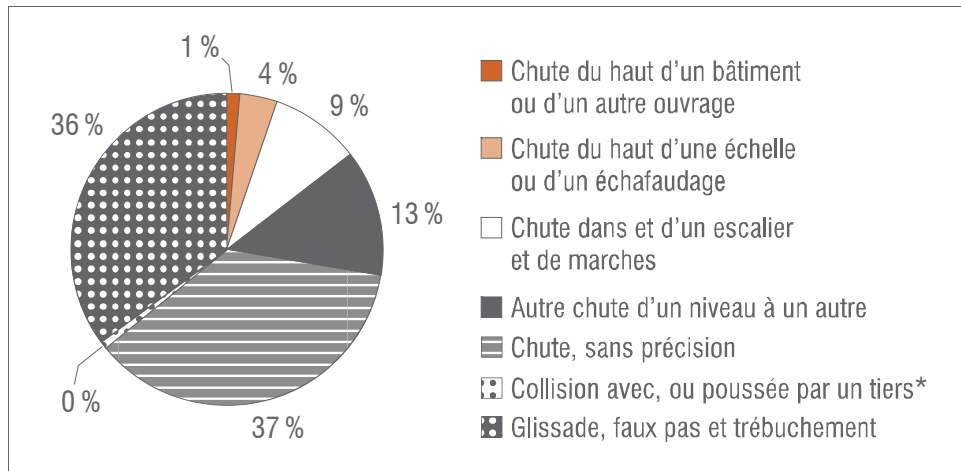
Pourcentage des hospitalisations à la suite d'une chute accidentelle, par type de blessure, Nouveau-Brunswick, 2007-2008

**Source**

Fichier minimal du Registre national des traumatismes, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 4

Pourcentage des hospitalisations à la suite d'une chute accidentelle, par type de blessure, Terre-Neuve-et-Labrador, 2007-2008



**Remarque**

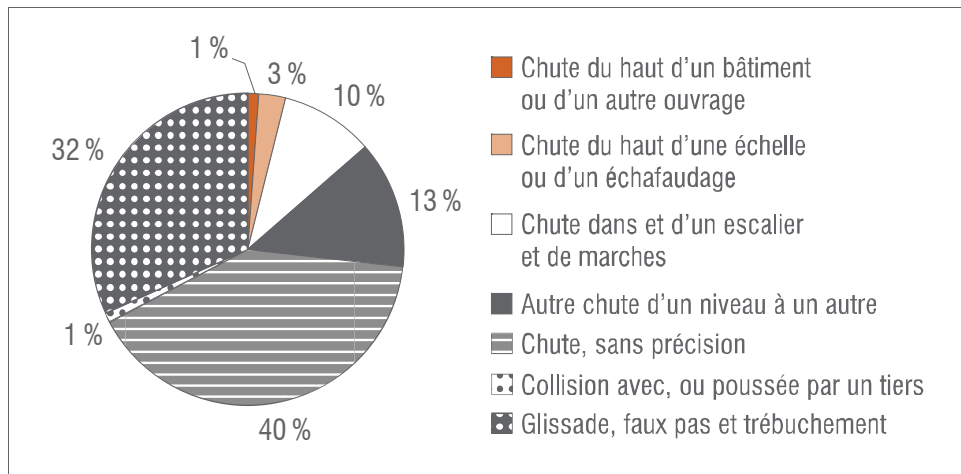
\* Le total exclut les cellules supprimées; les cellules contenant des valeurs de moins de 5 ont été supprimées.

**Source**

Fichier minimal du Registre national des traumatismes, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 5

Pourcentage des hospitalisations à la suite d'une chute accidentelle, par type de blessure, Nouvelle-Écosse, 2007-2008

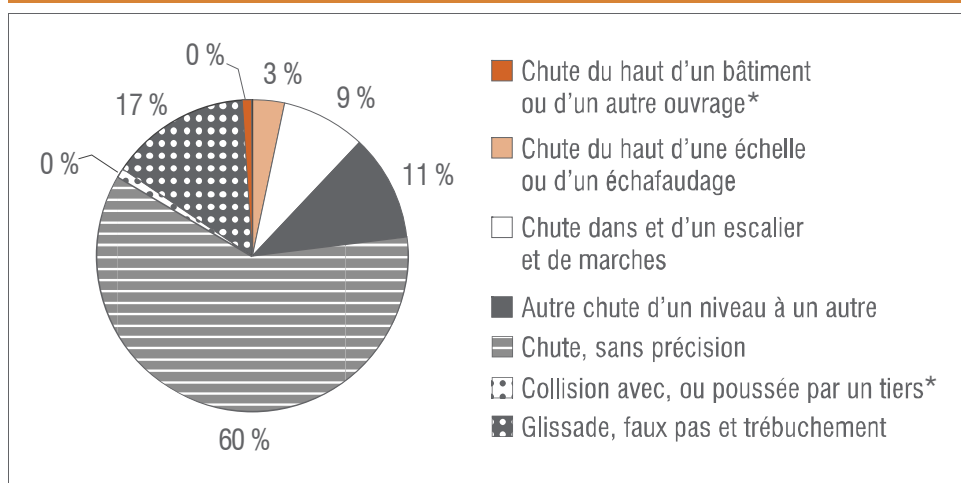


**Source**

Fichier minimal du Registre national des traumatismes, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 6

Pourcentage des hospitalisations à la suite d'une chute accidentelle, par type de blessure, Île-du-Prince-Édouard, 2007-2008

**Remarque**

\* Le total exclut les cellules supprimées; les cellules contenant des valeurs de moins de 5 ont été supprimées.

**Source**

Fichier minimal du Registre national des traumatismes, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 1

Toutes les hospitalisations par type de chute accidentelle, 2007-2008

Sous-catégorie de blessure	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.
Chute du haut d'un bâtiment ou d'un autre ouvrage	23	n. décl.	41	51
Chute du haut d'une échelle ou d'un échafaudage	68	21	100	120
Chute dans et d'un escalier et de marches	162	55	352	322
Autre chute d'un niveau à un autre	230	70	484	411
Autres/sans précision	642	382	1 474	1 543
Collision avec, ou poussée par un tiers	n. décl.	n. décl.	36	17
Glissade, faux pas et trébuchement	620	105	1 157	997
<b>Total</b>	<b>1 745</b>	<b>633</b>	<b>3 644</b>	<b>3 461</b>

**Remarque**

n. décl. : non déclaré étant donné la valeur de moins de 5 de la cellule.

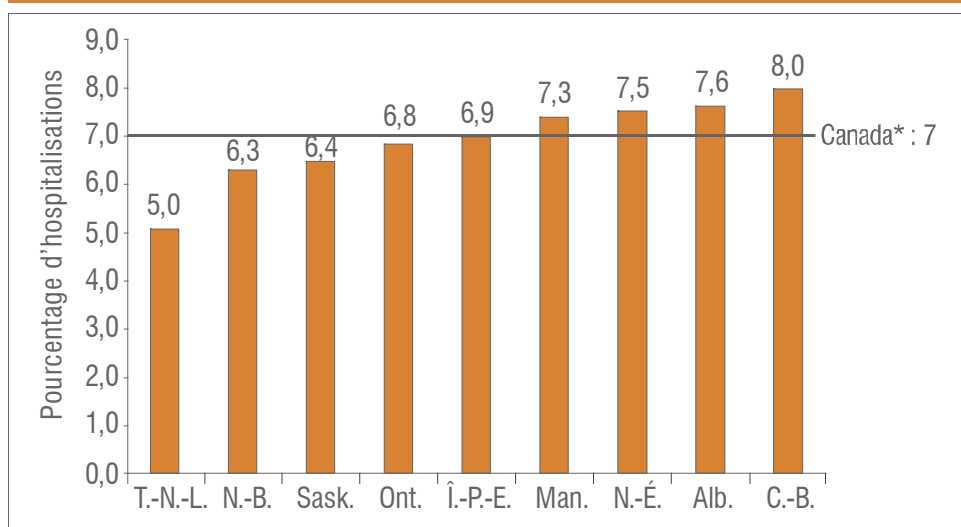
**Source**

Registre national des traumatismes, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2007-2008, au Canada, 7 % du total des hospitalisations chez les aînés résultaient d'une chute accidentelle. Durant la même période, les résultats pour le même élément de données étaient les suivants dans les provinces de l'Atlantique : 5 % à Terre-Neuve-et-Labrador, 6,3 % au Nouveau-Brunswick, 6,9 % à l'Île-du-Prince-Édouard et 7,5 % en Nouvelle-Écosse.

Figure 7

Pourcentage du total des hospitalisations chez les aînés à la suite d'une chute accidentelle, 2007-2008



#### Remarques

\* Exclut les résidents du Québec.

Les données du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon ont été supprimées en raison de cellules de faible valeur.

#### Source

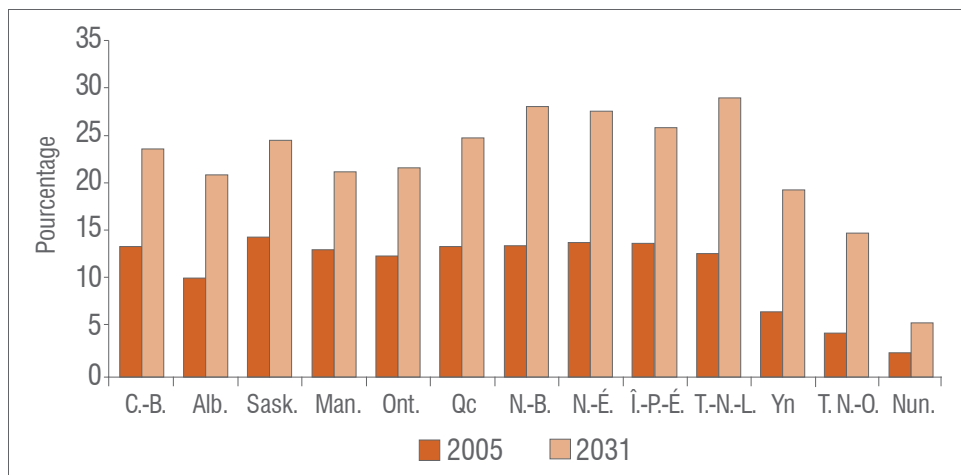
Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

## Vieillessement de la population

Environ 13 % de la population résidant actuellement dans les provinces de l'Atlantique est âgée de 65 ans et plus. Selon les projections démographiques de Statistique Canada, « la part de la population composée d'aînés augmentera [...] le plus dans les provinces de l'Atlantique<sup>1</sup> ». En effet, la population des aînés de Terre-Neuve-et-Labrador devrait passer de 13 % en 2005 à 29 % en 2031. Une telle augmentation de la part de la population composée d'aînés est à prévoir à l'Île-du-Prince-Édouard (de 13 % à 26 %), en Nouvelle-Écosse (de 14 % à 28 %) et au Nouveau-Brunswick (de 14 % à 28 %) durant la même période.

Figure 8

Proportion de la population âgée de 65 ans et plus par province, 2005 et 2031 (projections démographiques)



#### Source

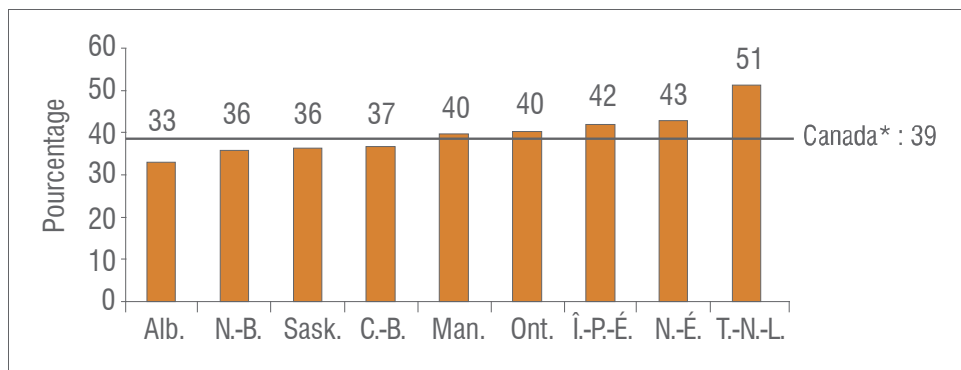
Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2031*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2005, numéro 91-520-XIF au catalogue.

## Hospitalisation

En 2007-2008, dans les provinces de l'Atlantique, 43 % des hospitalisations à la suite d'une chute chez les aînés impliquaient une fracture de la hanche. La figure 9 présente le pourcentage des hospitalisations à la suite d'une chute ayant causé une fracture de la hanche chez les aînés, par province.

Figure 9

Pourcentage des hospitalisations à la suite d'une chute ayant causé une fracture de la hanche chez les aînés, 2007-2008



### Remarques

\* Exclut les résidents du Québec.

Les données du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon ont été supprimées en raison de cellules de faible valeur.

### Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 2

Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche, taux ajustés selon les risques (pourcentage), 2007-2008

	T.-N.-L. (IC de 95 %)	Î.-P.-É. (IC de 95 %)	N.-É. (IC de 95 %)	N.-B. (IC de 95 %)	Canada *
Proportion des chirurgies pratiquées le jour même ou le lendemain	62,8 (58,3-67,3)	67,1 (59,0-75,2)	62,5 (59,2-65,8)	67,7 (63,9-71,5)	62,5
Proportion des chirurgies pratiquées le jour même, le lendemain ou le surlendemain	85,9 (82,5-89,4)	82,1 (75,9-88,2)	80,0 (77,5-82,6)	84,4 (81,5-87,3)	83,3

### Remarque

\* Les taux du Québec sont exclus en raison de différences dans la méthode de collecte de données.

### Source

Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2009*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

Environ 83 % des patients au Canada ont subi une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche dans les trois jours suivant leur admission, et 62 % des patients ont subi leur chirurgie dans les deux jours suivant leur admission. En 2007-2008, la plupart des provinces de l'Atlantique se situaient dans la moyenne nationale en ce qui a trait aux temps d'attente pour une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche.

L'outil interactif appelé l'Estimateur des coûts par patient, accessible sur le site Web de l'ICIS, sert à calculer le coût estimé par groupe de maladies analogues par province de cette région. En 2007-2008, dans les provinces de l'Atlantique, le coût moyen estimé pour fixer ou réparer la hanche ou le fémur d'un aîné était de 12 253 \$, tandis que le coût moyen d'une arthroplastie de la hanche avec lésion chez un aîné était de 14 778 \$.

Tableau 3

Coût moyen estimé (en dollars) par groupe de maladies analogues, 2007-2008

		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Provinces de l'Atlantique	Canada
Fixation ou réparation de la hanche ou du fémur	de 60 à 79 ans	11 490	9 352	12 789	11 952	11 396	11 807
	80 ans et plus	13 748	11 086	14 229	13 381	13 748	13 451
Arthroplastie de la hanche avec lésion	de 60 à 79 ans	13 841	11 671	13 639	17 077	14 057	14 443
	80 ans et plus	18 216	14 074	14 229	15 479	15 500	15 943

## Source

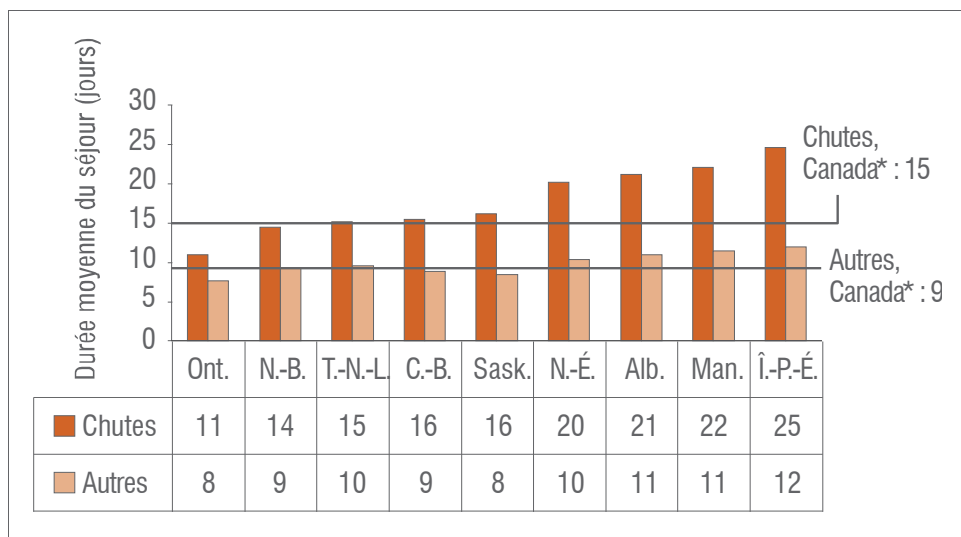
Estimateur des coûts par patient, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

## Convalescence et durée du séjour

En 2007-2008, au Canada, la durée moyenne d'un séjour pour un aîné admis dans un hôpital en raison d'une blessure liée à une chute était de 15 jours avant l'obtention de son congé. Dans les provinces de l'Atlantique, pendant la même année, la durée moyenne d'un séjour par province pour un aîné admis dans un hôpital en raison d'une blessure liée à une chute était de 14 à 25 jours.

Figure 10

Durée moyenne du séjour d'un aîné pour une hospitalisation à la suite d'une chute par rapport à l'ensemble des hospitalisations, 2007-2008



## Remarques

\* Exclut les résidents du Québec.

Les données du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon ont été supprimées en raison de cellules de faible valeur.

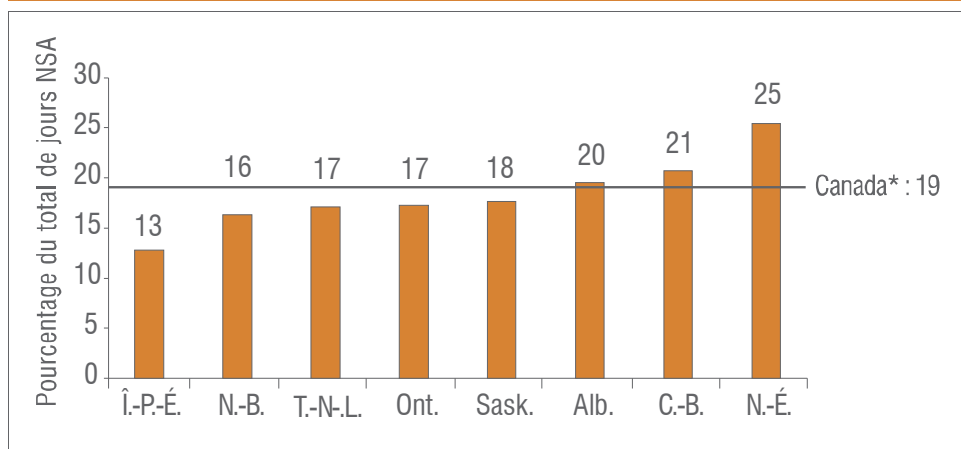
## Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Le niveau de soins alternatif (NSA) est le terme utilisé pour désigner la période durant laquelle un patient hospitalisé continue d'occuper un lit, pour diverses raisons, après son séjour de soins de courte durée. Ces journées d'hospitalisation pour d'autres soins (autres que des soins de courte durée) permettent de dénombrer les lits en milieu hospitalier occupés par des patients qui n'ont plus besoin de soins de courte durée et qui, par conséquent, se trouvent à utiliser des ressources limitées et coûteuses en attendant d'être transférés dans un établissement plus approprié<sup>2</sup>.

Figure 11

Pourcentage du nombre total des jours NSA pour les aînés hospitalisés à la suite d'une chute, 2007-2008



#### Remarques

\* Exclut les résidents du Québec.

Les données du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon ont été supprimées en raison de cellules de faible valeur.

Les données du Manitoba ont été exclues pour des raisons de codification (les lits des unités de réadaptation sont systématiquement codifiés comme des niveaux de soins alternatifs depuis 2006-2007).

#### Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2007-2008, l'hospitalisation des aînés en raison d'une blessure à la suite d'une chute comptait pour 19 % des jours NSA au Canada. Dans les provinces de l'Atlantique, ces hospitalisations représentaient 13 % des jours NSA à l'Île-du-Prince-Édouard, 16 % au Nouveau-Brunswick, 17 % à Terre-Neuve-et-Labrador et 25 % en Nouvelle-Écosse. Comme on le mentionne dans le rapport intitulé *Niveaux de soins alternatifs au Canada, 2009*, produit par l'ICIS, « il est difficile de comprendre cette variation. Les différences en matière de financement et de capacité du système à offrir les divers types de soins pourraient l'expliquer en partie. Cependant, cette variation pourrait également être le résultat de divergences dans les méthodes de documentation et de collecte des données<sup>2</sup> ».

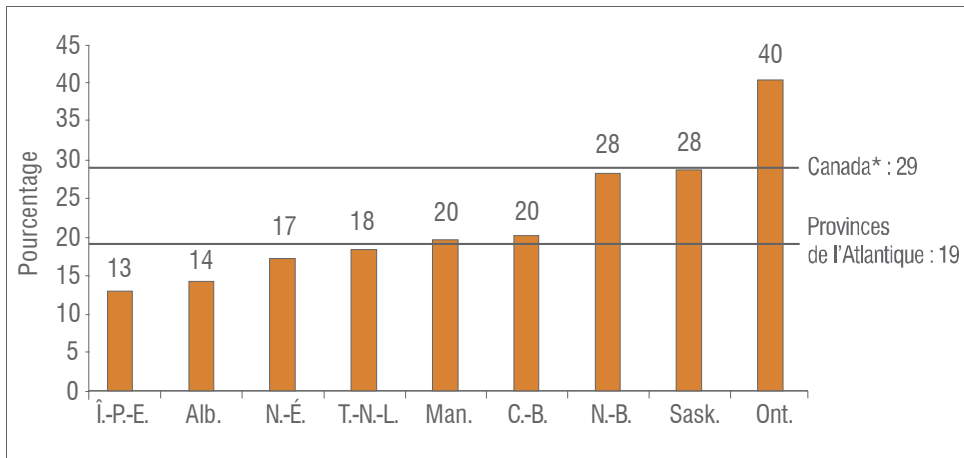
## Incapacité de retourner à la maison

En 2007-2008, 19 % des aînés qui ne vivaient pas dans un établissement de soins en hébergement dans les provinces de l'Atlantique ont été transférés dans un tel établissement après avoir été hospitalisés à la suite d'une chute (la figure 12 présente tous les résultats par province). L'accès à des services à domicile appropriés et à un établissement de soins en hébergement peut influencer sur le temps d'occupation d'un lit par un aîné dans un établissement de soins de courte durée ou sur l'endroit où il pourra résider après son congé de l'hôpital. Selon Cumming et coll., une chute peut occasionner une perte de confiance chez l'aîné et une baisse des activités, ce qui risque d'entraîner un déclin de la santé et des facultés, et de causer d'autres chutes aux conséquences encore plus graves<sup>3</sup>.



Figure 12

Pourcentage des patients ayant chuté qui ne vivaient pas en établissement de soins en hébergement et qui ont été transférés dans un tel établissement, 2007-2008



#### Remarques

\* Exclut les résidents du Québec.

Les données du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon ont été supprimées en raison de cellules de faible valeur.

#### Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

## Discussion

De nombreux facteurs sont attribuables à l'augmentation du risque de chute chez les aînés. Les récents rapports de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Organisation mondiale de la Santé divisent ces facteurs de risque en quatre grandes catégories, à savoir les risques biologiques, comportementaux, environnementaux et socioéconomiques. Le tableau 4 présente un sommaire des facteurs de risque les plus courants souvent associés à l'occurrence de chute chez les aînés. La faiblesse musculaire et le déclin des facultés physiques sont les plus importants, rendant le risque de chute de quatre à cinq fois plus probable<sup>4</sup>.

La documentation appropriée fait état de cadres de pratiques exemplaires axés sur des stratégies de prévention des chutes chez les aînés. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, « un programme efficace de prévention des chutes offert par les professionnels de la santé doit comprendre les éléments suivants : un volet éducatif, des exercices, un plan de révision et d'ajustement de la médication, un examen de la vue et la correction de celle-ci ainsi que l'évaluation de la sécurité du domicile et un plan de modifications connexe<sup>5</sup> » [traduction libre]. L'American Geriatrics Society, par l'intermédiaire de ses lignes directrices sur la prévention des chutes chez les aînés, appuie une approche multidimensionnelle en la matière qui permet de cerner efficacement les facteurs de risque les plus courants associés aux chutes<sup>4</sup>.

Tableau 4

## Facteurs de risque les plus courants associés aux chutes chez les aînés

Risques biologiques	Risques comportementaux	Risques environnementaux	Risques socioéconomiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>Faiblesse musculaire</li> <li>Déséquilibre ou démarche perturbée</li> <li>Changements de la vision</li> <li>Maladie chronique</li> <li>Incapacité physique</li> <li>Maladie aiguë</li> <li>Déficiência cognitive</li> <li>Dépression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antécédents de chute</li> <li>Propension à prendre des risques</li> <li>Prise de certains médicaments</li> <li>Polypharmacie</li> <li>Consommation excessive d'alcool</li> <li>Chaussures, vêtements</li> <li>Sédentarité et régime alimentaire inapproprié</li> <li>Peur de tomber</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escalier</li> <li>Facteurs à l'intérieur et à l'extérieur du domicile</li> <li>Facteurs dans l'espace public</li> <li>Danger de chute dans les hôpitaux et dans les établissements de soins de longue durée</li> <li>Appareils d'aide fonctionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revenu</li> <li>Niveau d'instruction</li> <li>Logement</li> <li>Interrelations sociales</li> </ul>

## Source

Agence de la santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés, *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, Ottawa (Ont.), ASPC, 2005.

Depuis 2004, Agrément Canada demande à ses organismes membres de « [m]ettre en œuvre une stratégie de prévention des chutes et [d']en faire l'évaluation afin de minimiser les répercussions des chutes chez les clients<sup>6</sup> ».

Les décideurs des provinces de l'Atlantique s'attaquent à la prévention des chutes chez les aînés de diverses façons. Sur le plan collectif, l'organisme Atlantic Collaborative on Injury Prevention a pour mandat de faciliter la coordination des activités de prévention des blessures dans la région.

En 2007, le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse a publié le document *Preventing Falls Among Older Nova Scotians: A Strategic Framework* (Cadre stratégique de prévention des chutes chez les aînés de la Nouvelle-Écosse). Il s'agit d'un plan exhaustif à long terme visant à réduire les chutes et les blessures qui s'ensuivent au sein de la population des aînés de la province. On peut également trouver sur le site du gouvernement un cadre d'évaluation des risques de chute. Il s'agit d'une évaluation exhaustive fondée sur des données probantes recueillies dans le cadre d'un examen de la documentation sur le sujet et préparée par un groupe de travail sur l'évaluation des risques de chute sous les auspices des responsables d'un projet provincial sur l'ostéoporose lancé en 2004. La Nouvelle-Écosse a employé un coordonnateur à la prévention des chutes pour gérer le programme provincial intitulé Preventing Falls Together (Ensemble, prévenons les chutes) de l'organisme Community Links et financé par le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé. Ce programme a pour but de réduire les chutes chez les aînés de la Nouvelle-Écosse. Il encourage la collaboration entre les particuliers et les organismes au sein des collectivités dans le but de sensibiliser la population aux risques de chute et de l'inviter à prendre des mesures pour les éviter. Chaque régie régionale de la santé peut également avoir recours aux services d'un coordonnateur en prévention des chutes ou des blessures. Un comité provincial et intersectoriel en prévention des chutes a également été mis sur pied dans la province.

Le centre de ressources pour les aînés du Nouveau-Brunswick a également lancé une initiative de prévention des chutes dans le cadre du projet Aîné.e.s en marche. Aîné.e.s en marche, un organisme provincial et bilingue sans but lucratif, a été incorporé en 1996. Le volet de prévention des chutes s'inscrit dans le cadre du programme Vie saine et active subventionné par le gouvernement du Nouveau-Brunswick. Or il existe aussi des initiatives individuelles en matière de prévention. Par exemple, chaque printemps à Saint John, au Nouveau-Brunswick, les professionnels de la santé offrent des séances de formation d'une semaine pendant un événement que l'on nomme le Seniors Expo, une foire des aînés.

À Terre-Neuve-et-Labrador, la prévention des blessures, particulièrement les blessures accidentelles, constitue l'une des priorités du *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador* (Plan provincial pour la santé et le bien-être à Terre-Neuve-et-Labrador). La deuxième phase de ce plan de promotion du bien-être portera sur le renforcement des connaissances, des capacités et des structures afin de soutenir les partenaires œuvrant en prévention des blessures dans la province. Les membres des équipes interdisciplinaires des régions régionales de la santé de la province intègrent déjà des mesures de promotion de la santé et soutiennent la prévention des chutes dans le cadre de leur pratique professionnelle. De plus, les services de promotion de la santé de ces régions ont retenu les services de coordonnateurs à la prévention des blessures ou ont déterminé des postes ayant comme mandat de promouvoir la prévention des blessures dans les collectivités. De plus, des subventions provinciales au mieux-être servent à financer des initiatives communautaires axées principalement sur la prévention des chutes chez les aînés.

Le Network for Injury Prevention (Réseau de prévention des blessures) de l'Île-du-Prince-Édouard, s'intéressant à tout ce qui touche la prévention des blessures, de la petite enfance jusqu'à la fin de la vie adulte, prend déjà part à des initiatives de ce genre. En 2009, un forum de recherche sur les aînés, financé par le Secrétariat des aînés et l'initiative sur le vieillissement de la population de l'Île-du-Prince-Édouard, a permis à des intervenants locaux de se rencontrer pour discuter de nombreuses questions, notamment de la prévention des chutes chez les aînés.

Divers organismes des provinces de l'Atlantique offrent un programme de formation en prévention des chutes. Le programme consiste à offrir aux personnes travaillant auprès des personnes âgées les connaissances et les compétences nécessaires pour aborder la prévention des chutes et des blessures liées à des chutes à partir d'une approche fondée sur des données probantes<sup>7</sup>. Le *Canadian Falls Prevention Training Curriculum* (Programme canadien de formation en prévention des chutes) a été évalué et élaboré par une équipe d'experts en prévention des chutes, en éducation des adultes et en pratique clinique, sous l'égide des D<sup>res</sup> Vicky Scott et Elaine Gallagher (de l'Unité de prévention des blessures et de la recherche analogue de la Colombie-Britannique), grâce à une subvention du Fonds pour la santé de la population de l'Agence de la santé publique du Canada.

En plus d'examiner les stratégies de prévention des chutes, les décideurs se penchent également sur les types de soins spécifiques dont une personne a souvent besoin après une chute. En 2007-2008, au Canada, 29 % des aînés qui ne vivaient pas dans un établissement de soins en hébergement ont été transférés dans un tel établissement après un séjour à l'hôpital en raison d'une blessure à la suite d'une chute. En moyenne, la durée du séjour des aînés admis dans un hôpital en raison d'une chute était de six jours de plus que celle des aînés admis en raison d'une blessure qui n'était pas liée à une chute. On estime que les jours NSA des aînés admis dans un hôpital du Canada en raison d'une chute équivalent à 19 % du total des jours NSA pour l'ensemble des admissions chez les aînés dans les hôpitaux du pays.

Afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des aînés ayant reçu leur congé d'un hôpital après avoir été admis en raison d'une chute, les décideurs passent en revue les capacités en lits des établissements de soins en hébergement ainsi que la disponibilité des services de soins à domicile et leur accès. Les provinces de l'Atlantique déploient un certain nombre de stratégies pour s'occuper de ces changements dans le type de soins, telle la demande accrue en lits dans les établissements de soins de longue durée et de services à domicile.

Par l'intermédiaire du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick, les personnes admissibles peuvent profiter d'un maximum de 30 jours de services à domicile dans l'attente d'une place dans un établissement de soins de longue durée.

En Nouvelle-Écosse, dans le cadre de la stratégie décennale sur les soins de longue durée du gouvernement, la province prévoit ajouter plus de 1 300 nouveaux lits dans les établissements de soins de longue durée partout dans la province d'ici 2016.

À Terre-Neuve-et-Labrador, un programme de services actifs à domicile de courte durée (deux semaines) permet aux bénéficiaires ayant subi une chirurgie au genou ou à la hanche d'obtenir sans frais certains médicaments et services à domicile. Afin d'améliorer l'accessibilité des services de soins à domicile, le gouvernement a récemment lancé un nouveau processus d'évaluation financière visant à déterminer l'admissibilité aux subventions liées aux soins à domicile.

En 2005, la Division du vieillissement et des aînés de l'Agence de la santé publique du Canada a rédigé un inventaire de toutes les initiatives de prévention des chutes lancées au pays. Ce document, ainsi que d'autres ressources, est accessible à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php>.

## Conclusion

La population du Canada vieillit. Les personnes âgées de 80 ans et plus représentent le groupe d'âge qui croît le plus vite au sein de la population des aînés. On estime que les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront 25 % de la population d'ici 2050<sup>8</sup>. Comme la fondation SAUVE-QUI-PENSE l'a signalé dans son rapport intitulé *Le fardeau économique des blessures au Canada*, « [I]es chutes étaient la cause principale des dépenses totales associées à des blessures au Canada en 2004, représentant 6,2 milliards de dollars ou 31 % des dépenses totales<sup>9</sup> ».

En 2007-2008, les aînés au **Canada** (à l'exception du Québec) comptaient pour 13 % de la population totale.

- Sept pour cent du total des hospitalisations chez les aînés étaient liées à une chute accidentelle.
- Dans 39 % des cas d'hospitalisations à la suite d'une chute, une fracture de la hanche était en cause.
- En moyenne, la durée du séjour des aînés hospitalisés en raison d'une chute était de six jours de plus que toute autre hospitalisation.
- Les jours NSA des aînés hospitalisés en raison d'une chute constituaient 19 % du total des jours NSA.
- Vingt-neuf pour cent des patients qui ne vivaient pas dans un établissement de soins en hébergement ont été transférés dans un tel établissement après une hospitalisation liée à une chute.

En 2007-2008, les aînés du **Nouveau-Brunswick** représentaient 15 % de la population totale de la province.

- Six pour cent du total des hospitalisations chez les aînés étaient consécutives à une chute accidentelle.
- Seize pour cent des jours NSA étaient liés à des hospitalisations à la suite d'une chute accidentelle.
- Vingt-huit pour cent des patients qui ne vivaient pas dans un établissement de soins en hébergement ont été transférés dans un tel établissement après une hospitalisation liée à une chute.
- Dans 36 % des cas d'hospitalisations à la suite d'une chute, une fracture de la hanche était en cause.

En 2007-2008, les aînés de la **Nouvelle-Écosse** représentaient 15 % de la population totale de la province.

- Huit pour cent du total des hospitalisations chez les aînés étaient consécutives à une chute accidentelle.
- Vingt-cinq pour cent des jours NSA étaient liés à des hospitalisations à la suite d'une chute accidentelle.
- Dix-sept pour cent des patients qui ne vivaient pas dans un établissement de soins en hébergement ont été transférés dans un tel établissement après une hospitalisation liée à une chute.
- Dans 43 % des cas d'hospitalisations à la suite d'une chute, une fracture de la hanche était en cause.

En 2007-2008, les aînés de l'**Île-du-Prince-Édouard** représentaient 14 % de la population totale de la province.

- Sept pour cent du total des hospitalisations chez les aînés étaient consécutives à une chute accidentelle.
- Treize pour cent des jours NSA étaient liés à des hospitalisations à la suite d'une chute accidentelle.
- Treize pour cent des patients qui ne vivaient pas dans un établissement de soins en hébergement ont été transférés dans un tel établissement après une hospitalisation liée à une chute.
- Dans 42 % des cas d'hospitalisations à la suite d'une chute, une fracture de la hanche était en cause.

En 2007-2008, les aînés de **Terre-Neuve-et-Labrador** représentaient 14 % de la population totale de la province.

- Cinq pour cent du total des hospitalisations chez les aînés étaient consécutives à une chute accidentelle.
- Dix-sept pour cent des jours NSA étaient liés à des hospitalisations à la suite d'une chute accidentelle.
- Dix-huit pour cent des patients qui ne vivaient pas dans un établissement de soins en hébergement ont été transférés dans un tel établissement après une hospitalisation liée à une chute.
- Dans 51 % des cas d'hospitalisations à la suite d'une chute, une fracture de la hanche était en cause.

## À propos des données

Les données figurant dans le présent rapport proviennent principalement de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'ICIS. Cette base de données comprend des renseignements administratifs, cliniques et démographiques sur les événements concernant les patients hospitalisés dans des hôpitaux canadiens de soins de courte durée. Par conséquent, ces données ne comportent de l'information que sur les aînés hospitalisés en raison d'une chute. À l'heure actuelle, aucune source unique de données ne recense la totalité des chutes subies par les aînés canadiens. D'autres renseignements à propos des chutes subies par les aînés n'ayant pas entraîné une hospitalisation sont accessibles dans les systèmes d'information de l'ICIS sur les soins de longue durée et sur les services à domicile. La portée et l'exhaustivité de ces banques de données sont présentement en pleine expansion. À l'avenir, à mesure que d'autres établissements contribueront aux bases de données, celles-ci permettront de mieux comprendre les chutes chez les aînés dans les contextes de soins en hébergement et de services à domicile.

## Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) tient à remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la réalisation du présent rapport, y compris Marilee Allerdings, Cindy Mosher, Kim Mumford et Brandon Wagar.

L'ICIS adresse également ses remerciements aux experts régionaux suivants pour leurs judicieux conseils :

Terre-Neuve-et-Labrador : Hélène Davis, conseillère en vieillissement et aînés, et Darlene Ricketts, conseillère en promotion de la santé, ministère de la Santé et des Services communautaires

Île-du-Prince-Édouard : Sally Lockhart, Island Network for Injury Prevention

Nouvelle-Écosse : Julian B. Young, coordonnateur, Contrôle des maladies et des traumatismes, ministère de la Promotion et de la Protection de la santé

Nouveau-Brunswick : Janice Campbell, conseillère en soins de santé primaires, ministère de la Santé; Heather Oakley, directrice d'établissement, Hôpital St. Joseph; et Jean-Claude Cormier, directeur de programme, Aîné.e.s en marche

## Annexe A — Notes techniques

### Sources de données

Les données sur les hospitalisations ont été extraites de la Base de données sur les congés des patients (BDCP). Cette base de données comprend des renseignements administratifs, cliniques et démographiques sur les événements concernant les patients hospitalisés dans des hôpitaux canadiens de soins de courte durée. Les données sur les sorties après une hospitalisation (c'est-à-dire les épisodes de soins — voir ci-dessous) en soins de courte durée s'étant produites entre le 1<sup>er</sup> avril 2006 et le 31 mars 2008 ont été retenues; les hospitalisations ont été sélectionnées si la date de sortie inscrite sur l'enregistrement de l'épisode de soins se situait entre le 1<sup>er</sup> avril 2007 et le 31 mars 2008.

Les projections sur la proportion de la population ont été tirées du rapport *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2031* de Statistique Canada<sup>10</sup>.

Les données sur les coûts ont été recueillies à l'aide de l'Estimateur des coûts par patient, un nouvel outil interactif mis au point par l'ICIS afin d'évaluer le coût moyen des différents services fournis dans les hôpitaux. Il présente l'information à l'échelle du pays, par province et par groupe d'âge des patients. L'outil calcule le coût moyen estimé des services fournis à un patient moyen. Cette estimation tient compte des frais encourus par l'hôpital lors de la prestation des services, mais exclut tous les frais du médecin, puisque ce dernier est habituellement rémunéré directement par la province et non par l'hôpital. L'Estimateur des coûts par patient emploie les données de 2007-2008 tirées de la BDCP et de la Base de données canadienne SIG (BDCS), qui sont combinées à l'aide de la méthodologie de regroupement des patients hospitalisés GMA+ de l'ICIS.

Les données sur les temps d'attente sont tirées du rapport *Indicateurs de santé 2009*<sup>11</sup>. La principale source de ces données est la BDCP.

Les données sur certains types de chutes accidentelles sont tirées du Registre national des traumatismes qu'on peut consulter à partir de l'onglet Statistiques éclair sur le site Web de l'ICIS. Le Registre national des traumatismes fournit des statistiques nationales sur les blessures au Canada. Les données sont tirées de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), des registres provinciaux de traumatismes et des centres de traumatologie du Canada. Le fichier minimal comprend de l'information sur les données démographiques, les diagnostics et les interventions pour toutes les admissions pour blessure dans les établissements de soins de courte durée au Canada. Les données de la BDMH proviennent d'un sous-ensemble de données de la BDCP sur les provinces et les territoires qui soumettent des statistiques sur les sorties à la BDCP. La BDMH a ceci de particulier qu'elle annexe les données des provinces et des territoires ne participant pas à la BDCP afin d'élargir sa portée à l'échelle nationale.

### Méthodologie

Les hospitalisations ont constitué l'unité d'analyse. Pour tenir compte des transferts d'un hôpital de soins de courte durée à un autre, les enregistrements de sortie ont été combinés afin de former des épisodes de soins. Un enregistrement de sortie a été considéré comme étant un transfert si a) un transfert depuis ou vers un établissement de soins de courte durée a été indiqué sur l'enregistrement de sortie ou b) le patient a été admis dans un établissement de soins de courte durée dans les 12 heures suivant ou précédant sa sortie d'un autre établissement du même type.

### Processus de jumelage

Le processus de jumelage comprenait l'intégration de tous les enregistrements de sortie de la BDCP dont a) le numéro d'assurance-maladie crypté, b) la province émettrice de la carte d'assurance-maladie et c) l'année de naissance correspondaient exactement.

### Critères d'inclusion

- sorties des soins de courte durée
- âgé de 65 ans ou plus
- homme ou femme

### Critères d'exclusion

Étant donné que nous avons utilisé les numéros d'assurance-maladie cryptés pour établir des liens dans les dossiers des patients, nous avons exclu les dossiers sans numéro d'identification unique (c'est-à-dire ceux dans lesquels le numéro d'assurance-maladie n'a pas été inscrit ou encore ceux des patients étrangers ou pris en charge par le gouvernement fédéral).

Les hospitalisations pour lesquelles l'âge ou le sexe est inconnu, ou pour lesquelles le sexe est codifié comme *autre*, ont été exclues.

## Définition des termes

### Soins de courte durée

La portion de la durée totale du séjour d'une hospitalisation pendant laquelle des traitements actifs sont dispensés.

### Âge

Âge du patient en années au moment de l'admission.

### Normalisation selon l'âge

Les taux de normalisation selon l'âge ont été calculés à l'aide de la méthode de normalisation directe. La population relevée par Statistique Canada en 1991 a été utilisée comme population-type.

### Niveau de soins alternatif

La portion de la durée totale du séjour d'une hospitalisation pendant laquelle des traitements autres que des soins de courte durée sont dispensés. Ces journées d'hospitalisation pour des soins autres que de courte durée permettent de dénombrer les lits en milieu hospitalier occupés par des patients qui n'ont plus besoin de soins de courte durée et qui, par conséquent, se trouvent à utiliser des ressources limitées et coûteuses en attendant d'être transférés dans un établissement plus approprié.

### État à la sortie

Une composante de la BDCP qui indique l'endroit où est dirigé le patient à sa sortie de l'hôpital. Voici les catégories d'état à la sortie :

- transféré en soins de courte durée
- transféré dans un établissement de soins de longue durée
- transféré dans un autre établissement — soins palliatifs
- renvoyé dans un milieu semblable à son domicile avec des services de soutien
- retour à domicile
- sortie contre l'avis du médecin
- décès

Pour cette analyse, l'état à la sortie a été établi selon les données du dernier abrégé de l'épisode de soins.

### Hospitalisation liée à une chute

Les hospitalisations dans les établissements de soins de courte durée au Canada résultant d'une chute accidentelle sont définies par certains codes de la CIM-10-CA. La variable a été obtenue en recherchant tous les codes de diagnostics dans les enregistrements de sortie associés à un certain épisode de soins. Les codes de cause externe de traumatisme utilisés pour déterminer les chutes accidentelles sont les codes W00 à W19 de la CIM-10-CA.

## Fracture de la hanche

Les hospitalisations dans les établissements de soins de courte durée au Canada résultant d'une fracture de la hanche sont définies par certains codes de la CIM-10-CA. La variable a été obtenue en recherchant tous les codes de diagnostics dans les enregistrements de sortie associés à un certain épisode de soins. Les codes de la CIM-10-CA utilisés pour indiquer une fracture de la hanche sont les codes S72.0, S72.1 et S72.2.

## Décès à l'hôpital

Un patient admis qui décède durant son séjour à l'hôpital, après son admission, mais avant sa sortie. Les décès survenus sur les lieux d'un accident, pendant le transport vers l'hôpital ou au service d'urgence avant l'admission à l'hôpital, ne sont pas comptabilisés.

## Hospitalisations résultant de blessures

Les hospitalisations dans les établissements de soins de courte durée au Canada résultant d'une blessure sont définies par certains codes de la CIM-10-CA. La variable a été obtenue en recherchant tous les codes de diagnostics dans les enregistrements de sortie associés à un certain épisode de soins. Les codes de cause externe de traumatisme utilisés pour repérer les hospitalisations résultant de blessures sont les suivants :

- V01 à V99 Accidents de transport
- W00 à W19 Chutes accidentelles
- W20 à W45, W49 Exposition à des forces mécaniques
- W50 à W60, W64 Exposition à des forces animées
- W65 à W70, W73, W74 Noyade et submersion accidentelles
- W75 à W77, W81, W83, W84 Autres accidents affectant la respiration, à l'exception de ceux provoqués par l'inhalation du contenu de l'estomac, d'aliments et d'autres objets
- W85 à W94, W99 Exposition au courant électrique, aux rayonnements et à des températures et pressions extrêmes de l'air ambiant
- X00 à X06, X08, X09 Exposition à la fumée, au feu et aux flammes
- X10 à X19 Contact avec une source de chaleur et des substances brûlantes
- X30 à X39 Exposition aux forces de la nature
- X50 Surmenage et mouvements épuisants ou répétés
- X52 Séjour prolongé en apesanteur
- X58, X59 Exposition accidentelle à des facteurs, autres et sans précision
- X70 à X84 Lésion auto-infligée, à l'exclusion de l'intoxication
- X86, X91 à X99, Y00 à Y05, Y07 à Y09 Aggression, à l'exclusion de l'intoxication
- Y20 à Y34 Événement d'intention indéterminée, à l'exception de l'intoxication
- Y35, Y36 Intervention de la force publique et faits de guerre

## Lieu de l'événement

Une composante du système de codification de la CIM qui indique l'endroit où la blessure est survenue. Voici les catégories de lieu de l'événement :

- U98.0 Domicile
- U98.1 Établissement collectif
- U98.2 École, autre institution et lieu d'administration publique
- U98.3 Lieu de sport et d'athlétisme
- U98.4 Rue ou route
- U98.5 Zone de commerce et de services
- U98.6 Zone industrielle et zone de chantier
- U98.7 Exploitation agricole
- U98.8 Autre lieu d'événement précisé
- U98.9 Sans précision



Pour cette analyse, l'endroit de l'événement a été établi selon les données du premier abrégé de l'épisode de soins.

## Population

La population de référence utilisée pour le calcul des taux a fait l'objet de prévisions, en présupant qu'elle augmentera de façon linéaire, selon les populations de 2001 et de 2006 tirées des recensements de Statistique Canada.

## Province

La province émettrice de la carte d'assurance-maladie.

## Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche<sup>11</sup>

*Proportion des chirurgies pratiquées le jour même ou le lendemain* : Proportion des patients âgés de 65 ans et plus qui ont subi une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche la journée ou le lendemain de leur admission, ajustée selon les risques.

*Proportion des chirurgies pratiquées le jour même, le lendemain ou le surlendemain* : Proportion des patients âgés de 65 ans et plus qui ont subi une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche la journée, le lendemain ou le surlendemain de leur admission, ajustée selon les risques.

## Dénominateur

Le nombre de patients de 65 ans et plus ayant subi une fracture de la hanche qui ont eu une chirurgie à la suite de cette fracture dans un établissement de soins de courte durée.

## Critères d'inclusion

1. a) codes de la CIM-10-CA S72.0, S72.1 ou S72.2 (fracture de la hanche) comme diagnostic principal (DxP) sans être un diagnostic de type 2; ou
  - b) autre diagnostic codifié comme DxP et de type 2, et un diagnostic de fracture de la hanche de type 1, W, X ou Y sans être un diagnostic de type 2; ou
  - c) codes de la CIM-10-CA Z50.1, Z50.8, Z50.9, Z54.0, Z54.4, Z54.7, Z54.8 et Z54.9 (convalescence ou rééducation) codifiés comme DxP et diagnostic de fracture de la hanche de type 1, W, X ou Y sans être de type 2.
2. Critère 1 (a, b ou c) avec le code d'intervention de la CCI approprié<sup>i</sup>
  - a) 1.VA.74.^.^ Fixation, articulation de la hanche
  - b) 1.VA.53.^.^ Implantation d'un appareil interne, articulation de la hanche
  - c) 1.VA.73.^.^ Réduction, articulation de la hanche
  - d) 1.VC.74.^.^ Fixation, fémur
  - e) 1.SQ.53.^.^ Implantation d'un appareil interne, bassin
3. Âgé d'au moins 65 ans à l'admission
4. Sexe enregistré comme homme ou femme
5. Admission dans un établissement de soins de courte durée
6. Catégorie d'admission inscrite : soins très urgents/soins urgents
7. Résident du Canada

## Critères d'exclusion

1. Enregistrement qui comporte un numéro d'assurance-maladie non valide
2. Enregistrement qui comporte une date de naissance non valide
3. Enregistrement qui comporte une date d'admission non valide
4. Enregistrement qui comporte une date d'intervention non valide

i. On peut écrire un code sans égard à l'emplacement. Les procédures avec attribut de situation A (abandon en cours d'intervention) ou indicateur hors hôpital Y (intervention hors hôpital) sont exclues.

5. Sortie contre l'avis du médecin
6. Enregistrement sur lequel la fracture de la hanche a été codifiée comme diagnostic après l'admission — diagnostic de type 2
7. Cas de fracture de la hanche sans qu'une chirurgie ait lieu à la suite de cette fracture pendant le même exercice financier
8. Patients admis pour une fracture de la hanche dans les deux dernières semaines de l'exercice financier précédent — les admissions hospitalières entre le 16 et le 31 mars (les deux dernières semaines en question) ont été exclues afin d'assurer un suivi adéquat (99 % des patients ayant eu recours à une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche recensés parmi les données de 2005-2006 ont subi leur intervention dans les deux semaines suivantes).

### Numérateur

Un sous-ensemble du dénominateur selon l'une des deux définitions existantes; il représente le nombre de patients qui ont subi une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche *le même jour ou le lendemain ou le même jour, le lendemain ou le surlendemain*.

Deux modèles distincts de régression logistique ont été ajustés selon les variables indépendantes de l'âge, du sexe et de certains diagnostics de comorbidité après l'admission (insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, hypertension, broncho-pneumopathie chronique obstructive, diabète avec complications et dysrythmie cardiaque), le premier présentant la probabilité de subir une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche *le même jour ou le lendemain* et le second présentant la probabilité de subir une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche *le même jour, le lendemain ou le surlendemain*. Les coefficients produits par ces modèles logistiques ont été utilisés pour calculer la probabilité de chaque cas. Le nombre prévu de patients d'une région représente la somme des probabilités de cas pour cette région. La proportion ajustée selon les risques a été obtenue en divisant le nombre observé par le nombre prévu de cas, puis en multipliant le résultat par la moyenne canadienne. Un intervalle de confiance de 95 % a également été calculé; la méthode utilisée pour calculer ces intervalles peut être obtenue sur demande. Les particularités des modèles en ce qui concerne la liste de variables qui y sont entrées et la valeur des coefficients peuvent également être obtenues sur demande.

## Références

1. Statistique Canada, Division de la statistique sociale et autochtone, *A Portrait of Seniors in Canada [Un portrait des aînés au Canada]*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2006, p. 14, n° 89-519-XIE au catalogue.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Alternate Level of Care in Canada [Niveaux de soins alternatifs au Canada]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009, p. 3.
3. R. G. Cuming et coll., « Prospective Study of the Impact of Fear of Falling on Activities of Daily Living, SF-36 Scores and Nursing Home Admission », *Journal of Gerontology*, vol. 55, n° 5 (2000), p. 299-305.
4. American Geriatrics Society Panel on Falls in Older Persons, « Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, n° 5 (mai 2001), p. 664-672.
5. Organisation mondiale de la Santé, *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*, Genève (Suisse), OMS, 2007.
6. Agrément Canada, *Required Organizational Practices (Qmentum Program) [Pratiques organisationnelles requises (programme Qmentum)]*. Consulté le 12 février 2010. Internet : <<http://www.accreditation.ca/accreditation-programs/qmentum/required-organizational-practices/>>.
7. B.C. Injury Research and Prevention Unit, *Canadian Falls Prevention Curriculum Project*. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <<http://www.injuryresearch.bc.ca/categorypages.aspx?catid=1&subcatid=7#canadianfallspreventioncurriculum>>.
8. Nations Unies, *World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database*, New York (New York), Nations Unies, 2008. Consulté le 25 janvier 2010. Internet : <<http://esa.un.org/unpp/>>.
9. SAUVE-QUI-PENSE, *The Economic Burden of Injury in Canada [Le fardeau économique des blessures au Canada]*, Toronto (Ont.), SAUVE-QUI-PENSE, 2009, p. 3.
10. Statistique Canada, *Population Projections for Canada, Provinces and Territories, 2005–2031 [Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2031]*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2005, n° 91-520-XIE au catalogue.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2009: Technical Notes [Indicateurs de santé 2009 : notes techniques]*. Consulté le 12 janvier 2010. Internet : <[http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=tech\\_notes\\_2009\\_e](http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=tech_notes_2009_e)>.

## Bibliographie

### Publications provinciales

ALBERTA CENTRE FOR INJURY CONTROL AND RESEARCH. *Finding Balance Alberta* (site Web). Consulté le 17 mars 2010. Internet : <<http://www.findingbalancealberta.ca/>>.

BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF HEALTH. *The Evolution of Seniors' Falls Prevention in British Columbia*, Victoria (C.-B.), le ministère, 2006. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <[http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/falls\\_report.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/falls_report.pdf)>.

BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF HEALTH PLANNING, Office of the Provincial Health Officer. *Prevention of Falls and Injuries Among the Elderly*, Victoria (C.-B.), le ministère, 2004. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <<http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/falls.pdf>>.

MANITOBA HEALTHY LIVING. *Injury-Free Manitoba: A Provincial Injury Prevention Strategy*, Winnipeg (Man.), Manitoba Healthy Living, 2006. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <[http://www.gov.mb.ca/healthyliving/docs/injury/injury\\_free.pdf](http://www.gov.mb.ca/healthyliving/docs/injury/injury_free.pdf)>.

MANITOBA HEALTHY LIVING. *Preventing Falls and Fall-Related Injuries in Manitoba*, Winnipeg (Man.), Manitoba Healthy Living. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <[http://www.gov.mb.ca/healthyliving/docs/injuries\\_falls.pdf](http://www.gov.mb.ca/healthyliving/docs/injuries_falls.pdf)>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE. *Continuing Care Strategy for Nova Scotia: Shaping the Future of Continuing Care*, Halifax (N.-É.), le ministère, 2007. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <[http://www.gov.ns.ca/health/ccs\\_strategy/Continuing\\_Care\\_Strategy.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/ccs_strategy/Continuing_Care_Strategy.pdf)>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR. *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*, St. John's (T.-N.-L.), le ministère, 2006. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <<http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/2006/wellness-document.pdf>>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR. *Provincial Healthy Aging: Policy Framework*, St. John's (T.-N.-L.), le ministère, 2007. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <[http://www.health.gov.nl.ca/health/hlthaging/ha\\_policy\\_framework.pdf](http://www.health.gov.nl.ca/health/hlthaging/ha_policy_framework.pdf)>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO. *Aging at Home Strategy*, Toronto (Ont.), MSSLD, 2007.

NOVA SCOTIA HEALTH PROMOTION AND PROTECTION. *Seniors' Falls in Nova Scotia: A Report*, Halifax (N.-É.), Nova Scotia Health Promotion and Protection, 2007. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <[http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/seniors\\_falls.pdf](http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/seniors_falls.pdf)>.

ONTARIO MINISTRY OF HEALTH PROMOTION. *Ontario's Injury Prevention Strategy: Working Together for a Safer, Healthier Ontario*, Toronto (Ont.), le ministère, 2007. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <[http://www.mhp.gov.on.ca/english/injury\\_prevention/strategy.pdf](http://www.mhp.gov.on.ca/english/injury_prevention/strategy.pdf)>.

PRINCE EDWARD ISLAND DEPARTMENT OF HEALTH. *Prince Edward Island's Healthy Aging Strategy*, Charlottetown (Î.-P.-É.), le ministère, 2009. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <[http://www.gov.pe.ca/photos/original/doh\\_agingstrat.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/doh_agingstrat.pdf)>.

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Be Independent. Longer. New Brunswick's Long-Term Care Strategy [Soyez autonome plus longtemps : stratégie des soins de longue durée du Nouveau-Brunswick]*, Fredericton (N.-B.), province du Nouveau-Brunswick, 2008. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <<http://www.gnb.ca/0017/LTC/LongTermCareStrategy-e.pdf>>.

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Being There for Seniors: Our Progress in Long-Term Care* [Être là pour les aînés du Nouveau-Brunswick : nos progrès en matière de soins de longue durée], Fredericton (N.-B.), province du Nouveau-Brunswick, 2009. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <<http://www.gnb.ca/0182/pdf/LongTermCare-e.pdf>>.

SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE ALBERTA. *Alberta's Healthy Aging and Seniors Wellness Strategic Framework, 2002–2012*, Edmonton (Alb.), Santé et Mieux-être Alberta, 2002. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <<http://www.health.alberta.ca/documents/Healthy-Aging-Framework-2002.pdf>>.

SANTÉ SASKATCHEWAN. *Fall Injuries Among Saskatchewan Seniors, 1992/93–1997/98*, Regina (Sask.), le ministère, 2002. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <<http://www.health.gov.sk.ca/injuries-among-seniors>>.

## Publications nationales et internationales

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, Division du vieillissement et des aînés. *An Environmental Scan of Data Sources for Seniors' Falls in Canada, April 2007* [Analyse contextuelle des sources de données sur les chutes chez les aînés au Canada, avril 2007], Ottawa (Ont.), ASPC, 2008. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <[http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/pro/injury-blessure/enviro\\_scan/Enviroscan\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/pro/injury-blessure/enviro_scan/Enviroscan_e.pdf)>.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, Division du vieillissement et des aînés. *Inventory of Fall Prevention Initiatives in Canada—2005* [Répertoire des initiatives canadiennes de prévention des chutes chez les aînés — 2005], Ottawa (Ont.), ASPC. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <[http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/pro/injury-blessure/fall\\_prevention\\_initiatives/fall\\_prevention\\_initiatives\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/pro/injury-blessure/fall_prevention_initiatives/fall_prevention_initiatives_e.pdf)>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, National Center for Injury Prevention and Control. *Preventing Falls: How to Develop Community-Based Fall Prevention Programs for Older Adults*, Atlanta (Georgia), CDC, 2008. Consulté le 17 mars 2010. Internet : <[http://www.cdc.gov/ncipc/preventingfalls/CDC\\_Guide.pdf](http://www.cdc.gov/ncipc/preventingfalls/CDC_Guide.pdf)>.