Bulletin

Chutes

Santé publique France

Date de publication : 12 mars 2026

ÉDITION NATIONALE

Hospitalisations et mortalité en lien avec une chute chez les personnes de 65 ans et plus en France

Données 2015-2024

SOMMAIRE

Points clés 1
Contexte 2
Hospitalisations en lien avec une chute 3
Mortalité en lien avec une chute 6
Conclusions 14
Ressources en prévention des chutes 16
Références 17
Méthodes 18

Points clés

● En 2024, **174 824 hospitalisations** en lien avec une chute ont été dénombrées chez les personnes âgées ≥65 ans, soit un taux standardisé de **1 198 hospitalisations** pour 100 000 habitants ≥65 ans, en augmentation de **20,5 %** par rapport à 2019.

● En 2024, **20 148** personnes âgées de 65 ans et plus sont décédées en lien avec une chute, soit un taux de mortalité standardisé de **138** pour 100 000 habitants ≥65 ans, en augmentation de **18 %** par rapport à 2019.

● Les taux standardisés d'hospitalisation et de mortalité en lien avec une chute :

- diffèrent selon le sexe : si les hospitalisations sont, à structure d'âge identique, proportionnellement plus fréquentes chez les **femmes** que chez les hommes, la mortalité en lien avec une chute est en revanche proportionnellement plus élevée chez les hommes que chez les femmes ;
- **augmentent avec l'âge** : en 2024, le taux d'hospitalisation en lien avec une chute est 8,6 fois plus élevé chez les ≥85 ans que chez les 65-74 ans, le taux de mortalité en lien avec une chute est 29 fois plus élevé ;
- sont plus élevés pendant l'hiver par rapport à l'été.

En partenariat avec :

Inserm CépiDc

ATIH Nos données au service de la Santé

● **Des disparités régionales** ont été observées, avec en 2024 des taux d'hospitalisation et de mortalité en lien avec les chutes plus élevés dans les régions Grand Est, Normandie, Bretagne et Auvergne-Rhône-Alpes.

● **L'augmentation des taux de mortalité entre 2020 et 2024 est plus importante** que ce qui était attendu d'après les projections de la tendance 2015-2019, particulièrement pour les âges les plus avancés.

● Alors même que la mortalité toutes causes est plus faible en 2024 qu'en 2019, **celle en lien avec une chute a été en constante augmentation sur l'ensemble de la période,** la part des chutes dans la mortalité toutes causes ayant augmenté.

Contexte

Dans le cadre du Plan Antichutes chez les Personnes Agées (PAPA) lancé en 2022 par le Ministère en charge des Solidarités et piloté par la Direction générale de la cohésion sociale, Santé publique France a mis en place une surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes de 65 ans et plus, en collaboration avec le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), à partir des causes médicales en texte libre des certificats de décès et des données médico-administratives du Système National des Données de Santé (SNDS).

Ce bulletin décrit la dynamique des décès et des hospitalisations en lien avec une chute, enregistrés entre 2015 et 2024 en France chez les personnes de 65 ans et plus, ainsi que les disparités territoriales.

Dans un contexte de vieillissement de la population, les chutes chez les personnes âgées constituent un défi majeur pour la société, en raison à la fois de leur fréquence élevée et de leurs conséquences graves. En France, selon l'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France (1), près de 20 % des personnes âgées de 50 à 79 ans déclarent avoir chuté au moins une fois dans l'année précédant l'enquête. Les chutes représentent la première cause de décès accidentel après 65 ans (2) et la principale cause d'hospitalisation pour traumatisme (environ 100 000 hospitalisations par an (3)). Les chutes ont des répercussions majeures sur le système et les dépenses de santé, sur l'autonomie des personnes qui en sont victimes et sur leur qualité de vie, ainsi que celle de leurs proches aidants.

Selon le *Global Burden of Disease*, les chutes sont en France, la première cause d'années de vie perdues en raison d'un décès prématuré ou d'années vécues avec une incapacité, avec une augmentation chez les plus âgés (4, 5). La Cour des comptes estime le coût de leur prise en charge à près de 2 milliards d'euros par an (6), dont une partie est évitable par la prévention. Cette problématique s'inscrit, comme dans tous les pays à hauts revenus, dans un contexte de vieillissement rapide de la population. D'après les projections de l'INSEE (7), la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, portée essentiellement par la hausse des 75 ans et plus, devrait augmenter fortement de 21 % (14 millions de personnes) en 2021 à 26 % (18,3 millions de personnes) en 2040. En l'absence d'intervention de santé publique, cette évolution démographique entraînera une augmentation mécanique significative du nombre des décès et des hospitalisations en lien avec une chute.

Face à ce constat, le Plan national antichute des personnes âgées a été lancé en 2022 par le Ministère en charge des Solidarités, pour une durée de 3 ans, avec l'objectif de réduire de 20 % à l'horizon 2024 le nombre des chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus (3). Il s'articule autour de cinq axes thématiques : 1. savoir repérer les risques de chutes et alerter ; 2. aménager son logement et sortir en toute sécurité ; 3. des aides techniques à la mobilité faites pour tous ; 4. l'activité physique, meilleure arme antichute ; 5. la téléassistance pour tous comme un outil de prévention des chutes graves.

Dans le cadre de ce plan, le suivi des indicateurs de mortalité et d'hospitalisation en lien avec une chute a été confié à Santé publique France, en collaboration avec le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès–Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-

INSERM) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Ce suivi s'appuie sur la mise en œuvre d'un dispositif national d'observation combinant une surveillance épidémiologique réactive des causes médicales de décès mentionnées en texte libre dans les certificats de décès et une surveillance épidémiologique annuelle des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO). Ce dispositif permet de décrire conjointement la mortalité et la morbidité en lien avec une chute, en utilisant une méthodologie homogène et comparable, notamment entre les territoires.

Hospitalisations en lien avec une chute

Principaux résultats

Entre 2019 (année de référence initialement retenue pour l'évaluation du plan) et 2024 (terme initialement prévu du plan), le nombre d'hospitalisations en lien avec une chute chez les personnes âgées ≥65 ans, a augmenté régulièrement, passant de 135 182 à 174 824 séjours hospitaliers (dont 120 804 correspondant à des femmes), soit une augmentation de l'ordre de 29,3 % (Figure 1).

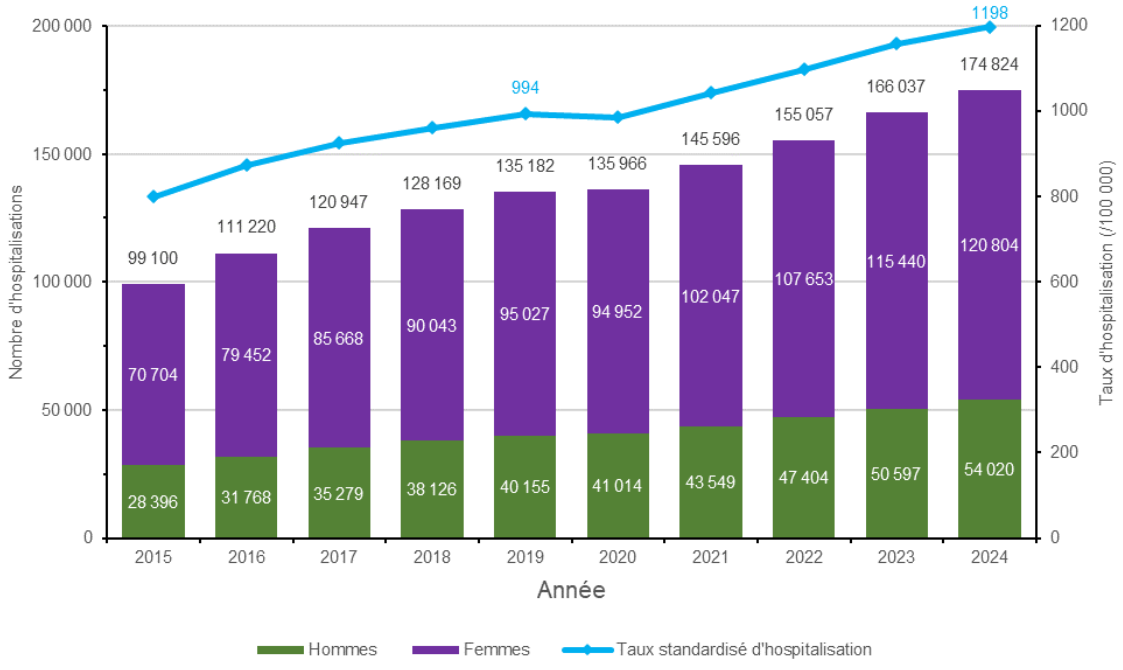
Le taux brut d'hospitalisation en lien avec une chute, défini comme le ratio entre le nombre d'hospitalisations en lien avec une chute de l'année n et la population vivante de la même année, est passé de 994 en 2019 à 1 181/100 000 en 2024 (+18,9 %).

Le taux standardisé d'hospitalisation en lien avec une chute est passé de 994 à 1 198 pour 100 000 habitants sur la même période, soit une augmentation de 20,5 %.

Le taux standardisé a ainsi augmenté de manière plus importante que le taux brut entre 2019 et 2024, ce qui s'explique notamment par la déformation de la structure de la population des ≥65 ans sur cette même période (avec l'arrivée massive des baby-boomers dans cette tranche d'âge : la part des 65-79 ans étant passée de 69,8% à 72,1% sur cette période). Le choix de la population de l'année 2019 comme population de référence, alors que la proportion des ≥85 ans parmi les ≥65 ans était plus élevée en 2019 qu'en 2024, a en effet donné plus de poids aux ≥85 ans, dont le taux de chute est le plus élevé.

Figure 1. Nombre d'hospitalisations en lien avec une chute chez les personnes ≥65 ans selon le sexe et taux standardisé d'hospitalisation en lien avec une chute (pour 100 000 habitants) chez les personnes ≥65 ans, tous sexes confondus, France entière 2015-2024

(Standardisation directe, référence population française 2019, par âge quinquennal)

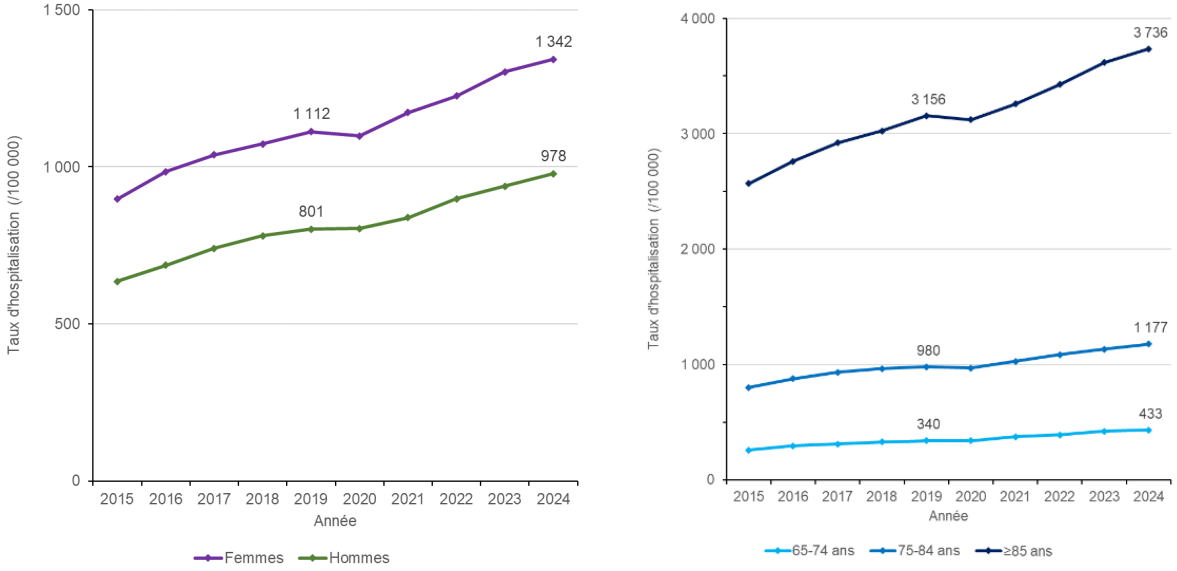


Le taux standardisé d'hospitalisation en lien avec une chute, est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (1 342 contre 978/100 000 en 2024), et il a augmenté de manière régulière sur la période d'étude, chez les femmes (+21 %) comme chez les hommes (+22 %).

En 2024, le taux standardisé d'hospitalisation en lien avec une chute est 8,6 fois plus important chez les ≥85 ans que chez les 65-74 ans (3 736/100 000 contre 433/100 000) (Figure 2).

Entre 2019 et 2024, le taux d'hospitalisation en lien avec une chute a augmenté dans toutes les classes d'âge, passant respectivement de 340 à 433/100 000 chez les 65-74 ans (+27,3 %), de 980 à 1 177/100 000 chez les 75-84 ans (+20,1 %) et de 3 156 à 3 736/100 000 chez les ≥85 ans (+18,4 %).

Figure 2. Taux standardisé d'hospitalisation en lien avec une chute (pour 100 000 habitants) chez les personnes ≥65ans, selon le sexe (gauche) et la classe d'âge (droite), France entière 2015-2024



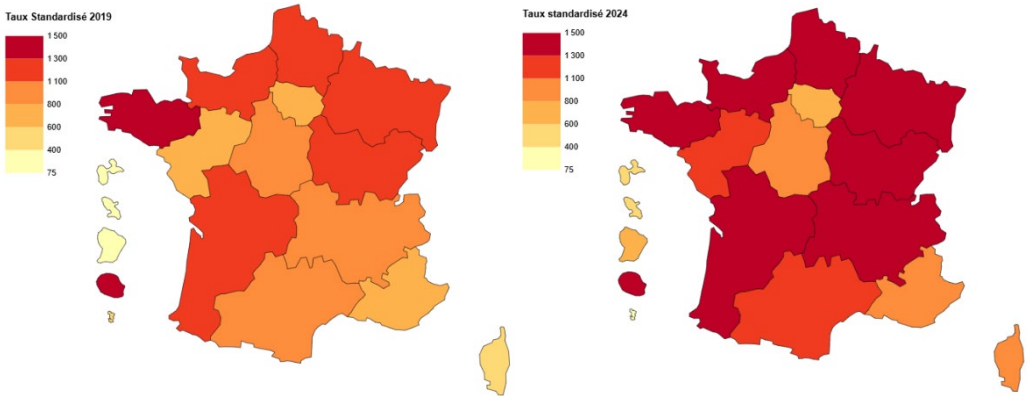
Évolutions régionales

L'analyse des taux régionaux standardisés d'hospitalisation en lien avec une chute montre une forte hétérogénéité spatiale avec une grande dispersion des taux régionaux standardisés d'hospitalisation (Figures 3 et 4).

En 2019, les taux régionaux standardisés d'hospitalisation en lien avec une chute variaient de 75/100 000 en Guadeloupe à 1 402/100 000 à La Réunion, avec une valeur médiane à 932/100 000. Outre La Réunion, les régions Normandie (1 202/100 000), Hauts-de-France (1 228/100 000), Bourgogne-Franche-Comté (1 279/100 000) et Bretagne (1 319/100 000) appartenaient au quartile le plus élevé (>1 187/100 000). En 2024, ce sont sensiblement les mêmes régions (Normandie, La Réunion, Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Bretagne) qui présentent les taux les plus élevés (>1 402/100 000).

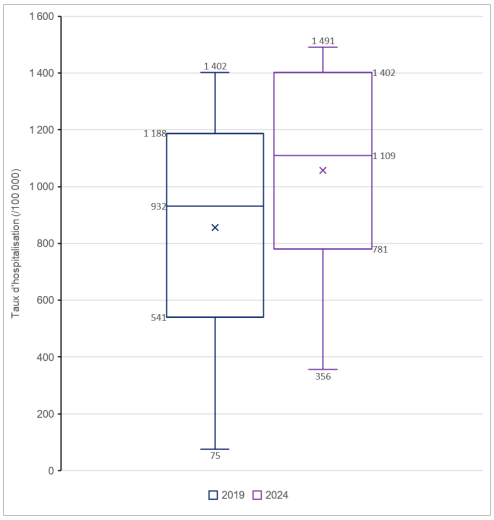
En 2019, les DROM (à l'exception de la Réunion) et la région Corse appartenaient au quartile le moins élevé (<541/100 000) : Guadeloupe (75/100 000), Guyane (250/100 000), Martinique (352/100 000), Mayotte (501/100 000) et Corse (449/100 000). Il convient de noter le taux particulièrement bas observé en Guadeloupe. En 2024, le quartile le moins élevé (<781/100 000) regroupe sensiblement les mêmes régions (avec l'Ile-de-France en lieu et place de la Corse).

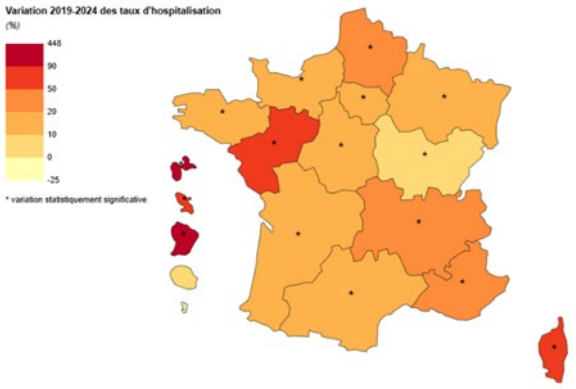
Figure 3. Taux régionaux standardisés d'hospitalisation en lien avec une chute (pour 100 000) chez les personnes ≥65 ans (référence nationale 2019). France entière, 2019 (gauche) et 2024 (droite)



Entre 2019 et 2024, les taux standardisés d'hospitalisation en lien avec une chute ont augmenté dans toutes les régions, hormis Mayotte (Figures 3 et 4). Parmi les régions dénombrant au moins 1 000 hospitalisations annuelles en lien avec une chute, La Réunion (+1,3 %), la Bourgogne-Franche-Comté (+4,5 %) et la Bretagne (+13,1 %) sont les régions qui ont le moins évolué. A l'inverse, les régions PACA (+25,8 %), Auvergne-Rhône-Alpes (+37,5 %) et Pays de la Loire (+55,7 %) sont les régions qui ont le plus évolué.

Figure 4. Figure 8 Box-plots (minimum, maximum, 1er, 2ème et 3ème quartiles) des taux régionaux standardisés d'hospitalisation en lien avec une chute chez les personnes ≥65 ans et évolution (%) des taux régionaux entre 2019 et 2024, France entière





Mortalité en lien avec une chute

Principaux résultats

Entre 2019 (année de référence initialement retenue pour l'évaluation du plan) et 2024 (terme initialement prévu du plan), le nombre de décès en lien avec une chute chez les personnes âgées ≥65 ans a augmenté régulièrement, passant de 15 952 à 20 148 décès annuels (Figure 5), soit une hausse de 26,3 %.

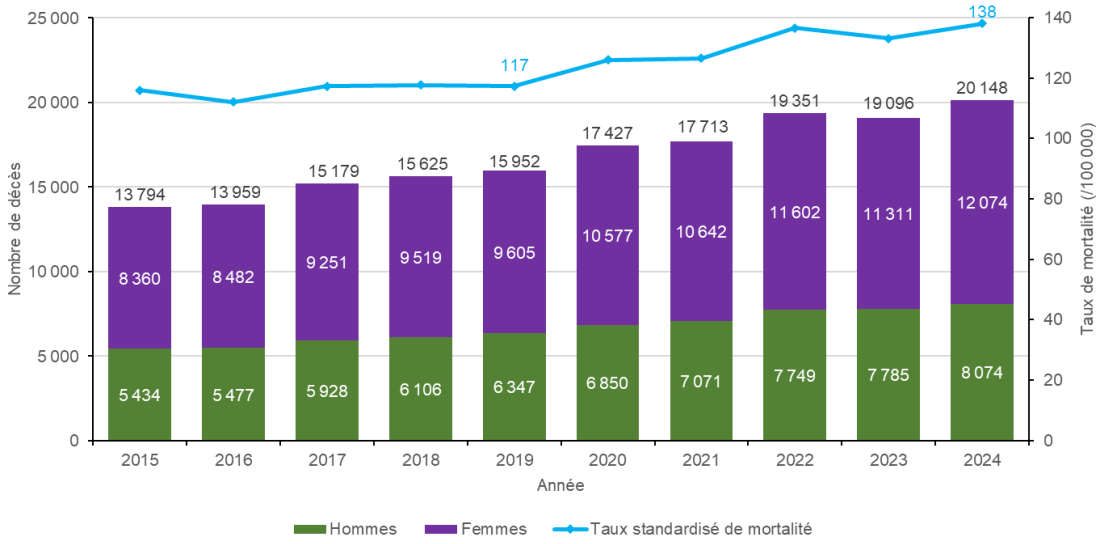
Le taux brut de mortalité en lien avec une chute, défini comme le ratio entre le nombre de décès en lien avec une chute de l'année n et la population vivante de la même année, est passé de 117 en 2019 à 136/100 000 en 2024 (+16,2 %).

Après standardisation sur l'âge le taux standardisé de mortalité en lien avec une chute est passé de 117 à 138/100 000 habitants ≥65 ans, soit une augmentation de 18,0 %. Comme pour les hospitalisations, le taux standardisé sur la structure de la population 2019 a augmenté de manière plus importante que le taux brut du fait du poids plus important des ≥85 ans en 2019 par rapport à 2024, proportionnellement aux autres classes d'âge.

Par la suite, seuls les nombre de décès et les taux standardisés seront présentés.

Figure 5. Nombre de décès en lien avec une chute chez les personnes ≥65 ans selon le sexe et taux standardisé de mortalité en lien avec une chute (pour 100 000 habitants) chez les personnes ≥65 ans, tous sexes confondus, France entière 2015-2024

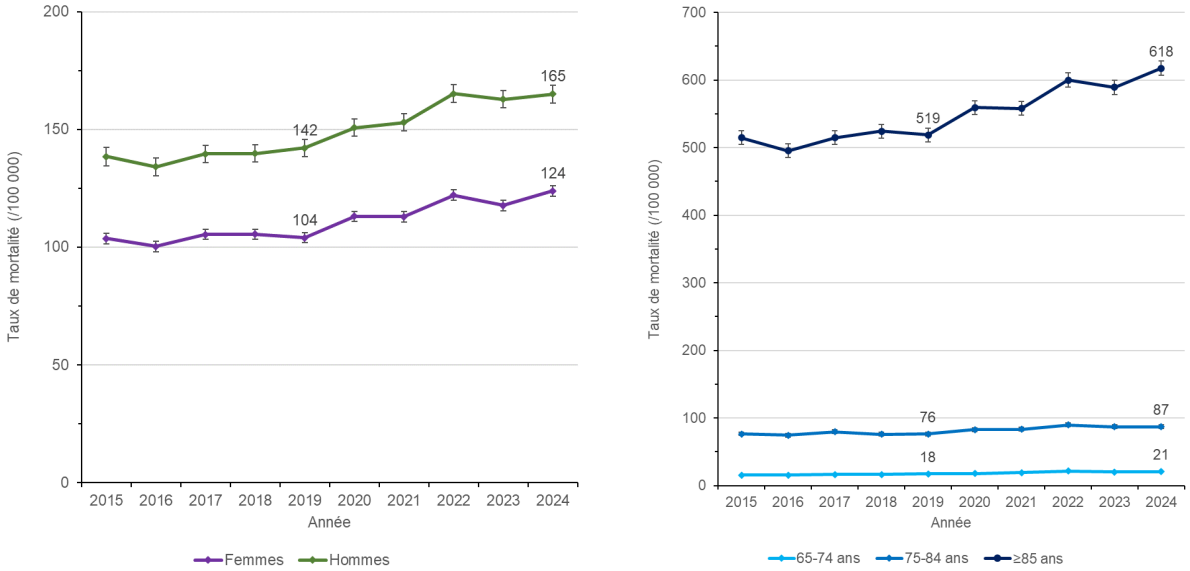
(Standardisation directe, référence population française 2019, par âge quinquennal)



Bien que le nombre de décès en lien avec une chute soit plus élevé chez les femmes que chez les hommes sur l'ensemble de la période, le taux standardisé de mortalité en lien avec une chute était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (165/100 00 contre 124/100 000 en 2024) (Figure 6). Il augmentait également avec l'âge passant, en 2024, de 21/100 000 chez les 65-74 ans, à 87/100 000 chez les 75-84 ans et 618/100 000 chez les ≥85 ans.

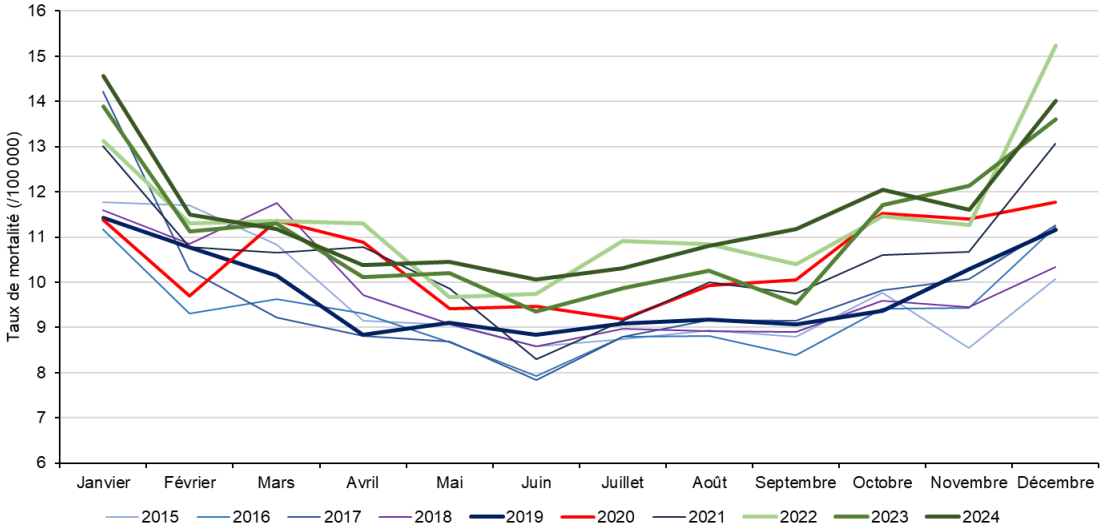
Entre 2019 et 2024, le taux standardisé de mortalité en lien avec une chute a augmenté chez les femmes (104 à 124/100 000 soit +19,2 %), chez les hommes (142 à 165/100 000 soit +16,2 %) et dans toutes les classes d'âge, respectivement de 18 à 21/100 000 (+16,7 %) chez les 65-74 ans, de 76 à 87/100 000 (+14,5 %) chez les 75-84 ans et de 519 à 618/100 000 (+19,1 %) chez les ≥85 ans.

Figure 6. Taux standardisé de mortalité en lien avec une chute (pour 100 000 habitants) chez les personnes ≥65 ans, selon le sexe (gauche) et la classe d'âge (droite), France entière 2015-2024



Sur l'ensemble de la période 2015-2024, l'analyse des taux standardisés de mortalité en fonction du mois de l'année a montré une tendance à la saisonnalité (Figure 7), avec des taux de mortalité plus élevés pendant les mois d'hiver et plus faibles pendant les mois d'été. Sur l'ensemble de la période, le taux de mortalité le plus élevé a été observé en décembre 2022 (15/100 000 habitants ≥65 ans), le plus faible en juin 2017 (7,8/100 000).

Figure 7. Taux mensuel standardisé de mortalité en lien avec une chute (pour 100 000 habitants) chez les personnes ≥65 ans, France entière 2015-2024



Comparaison des tendances temporelles

Les résultats précédents montrent que les nombres de décès et les taux standardisés de mortalité en lien avec une chute ont augmenté entre 2019 et 2024. Les analyses suivantes ont pour objectif de déterminer si les augmentations observées entre 2020 et 2024 sont cohérentes ou en rupture avec les tendances des années 2015-2019 initialement retenues comme référence pour le plan, pour la mortalité en lien avec une chute et pour la mortalité toutes causes.

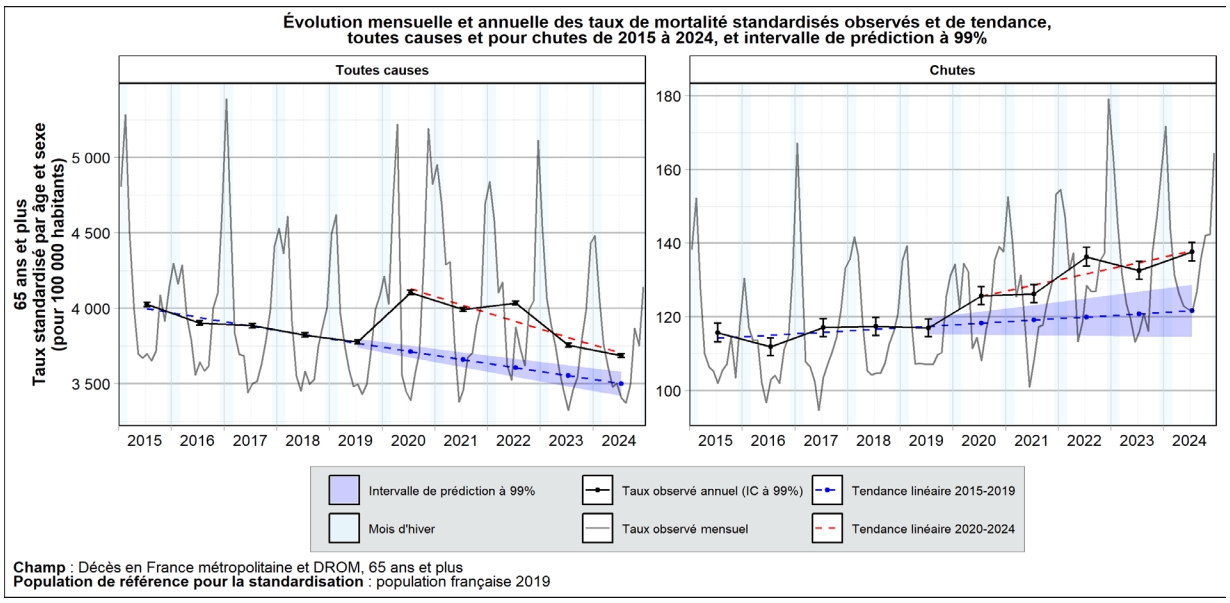
Personnes ≥65 ans, tous sexes confondus

Sur la période 2020-2024, pour les personnes ≥65 ans, l'évolution du taux standardisé de mortalité toutes causes, comme celle du taux standardisé de mortalité en lien avec une chute, est en rupture par rapport à la tendance observée sur la période 2015-2019 (Figure 8). Les intervalles de prédiction pour la période 2020-2024 des tendances observées en 2015-2019, et ceux autour du nombre de décès réellement observés sont disjoints depuis 2020.

Le taux standardisé de mortalité toutes causes a fortement augmenté avec la première année de la pandémie COVID-19, avant de reprendre, à partir de 2021, une tendance à la baisse qui pourrait, si elle se prolonge au-delà de 2024, l'amener à revenir aux niveaux attendus sur la base de la tendance 2015-2019.

A partir de 2020, le taux standardisé de mortalité en lien avec une chute a augmenté plus rapidement qu'attendu au regard de la tendance observée sur la période 2015-2019. Cette évolution à la hausse semble à ce stade s'inscrire durablement.

Figure 8. Tendances observées et projetées sur la base de la période 2015-2019 de la mortalité en lien avec une chute (pour 100 000 habitants) chez les personnes ≥65 ans, tous sexes confondus, France 2015-2024



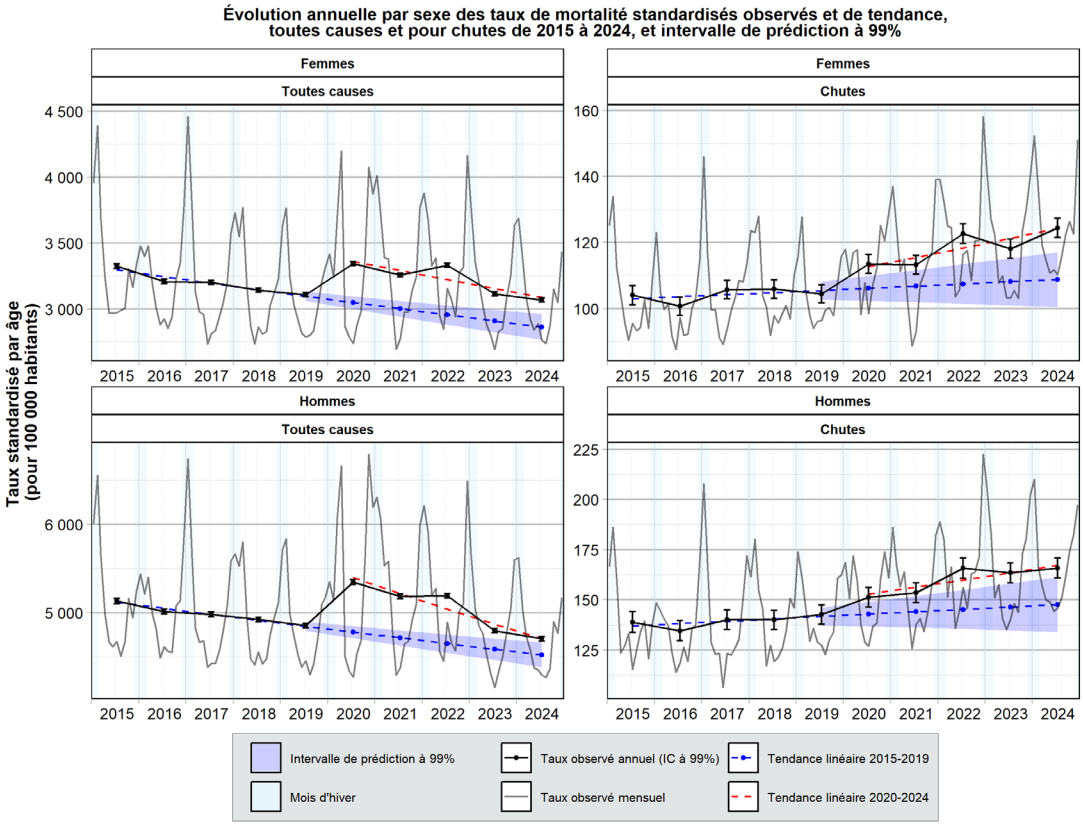
Lecture : La tendance du taux standardisé de mortalité, établie sur la base des données de mortalité de la période 2015-2019, était i) à la baisse pour la mortalité toutes causes et ii) à la hausse pour la mortalité en lien avec une chute. En 2024, le taux standardisé de mortalité en lien avec une chute était de 138/100 000, contre 122/100 000 attendu sous l'hypothèse de la poursuite de la tendance observée sur la période 2015-2019.

En fonction du sexe

Sur toute la période, les hommes ≥65 ans présentent un taux standardisé de mortalité toutes causes et de mortalité en lien avec une chute significativement plus élevé que les femmes (Figure 9).

En revanche, la dynamique d'augmentation de la mortalité en lien avec une chute sur la période 2020-2024 est plus rapide chez les femmes (+3,2/100 000 par an en moyenne) que chez les hommes (+2,6/100 000 par an en moyenne).

Figure 9. Tendances observées et projetées sur la base de la période 2015-2019 de la mortalité toutes causes et en lien avec une chute (pour 100 000 habitants) chez les personnes ≥65 ans selon le sexe, France entière 2015-2024



Champ : Décès en France métropolitaine et DROM
Population de référence pour la standardisation : population française 2019

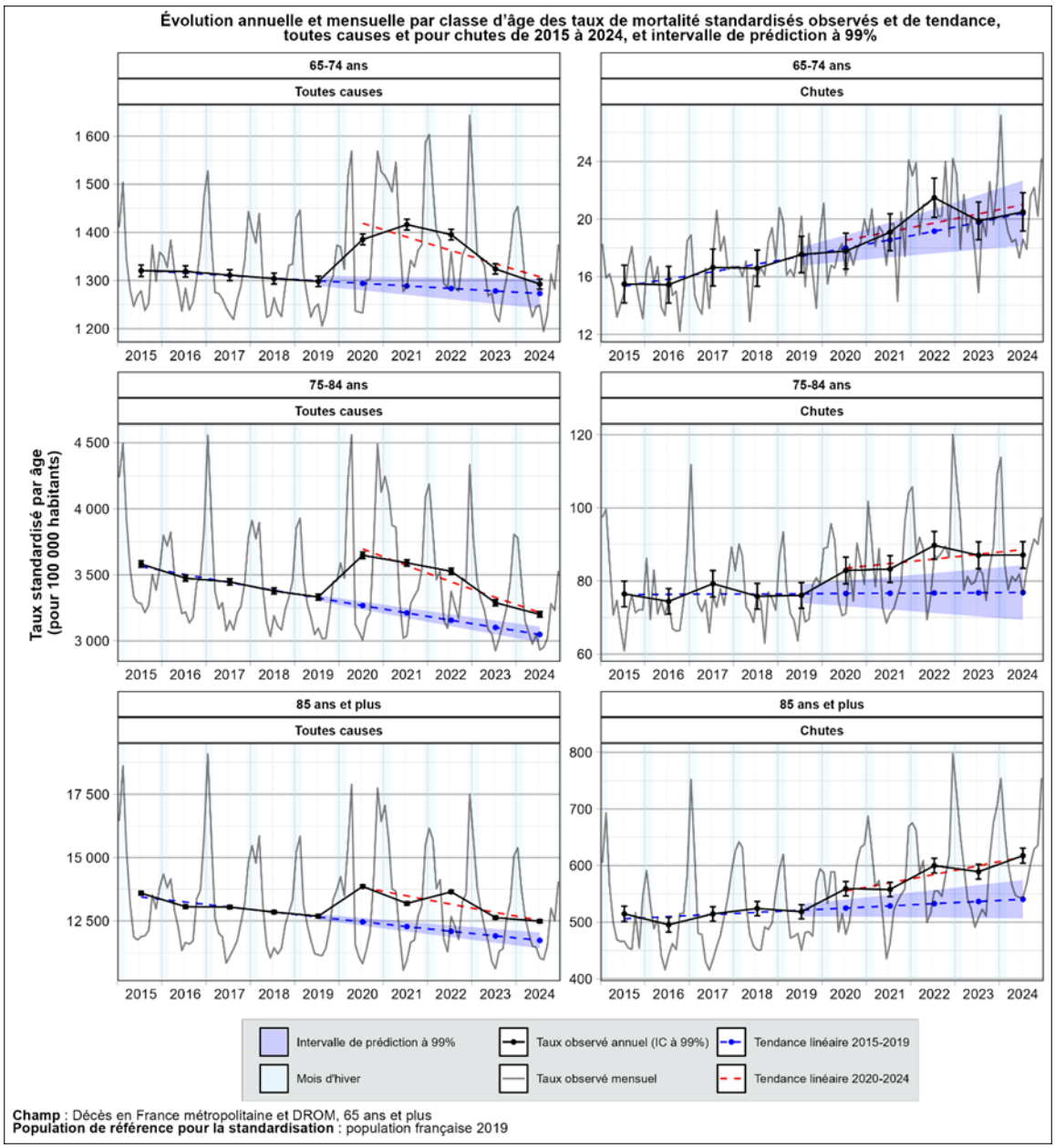
En fonction de l'âge

Selon l'âge (Figure 10), l'évolution du taux standardisé de mortalité en lien avec une chute pour les 65-74 ans s'est faite quasiment sans différence entre les valeurs attendues (projection de la tendance 2015-2019 sur la période 2020-2024) et observées (2020-2024). Les valeurs attendues en 2020, 2023 et 2024, sont quasi-égales aux valeurs observées (respectivement 18, 20 et 21/100 000).

Pour les 75-84 ans, la tendance observée sur 2020-2024 ne s'écarte pas significativement de la tendance attendue, si ce n'est qu'elle se situe à un niveau plus élevé, après un décrochage entre 2019 et 2020.

Pour les ≥85 ans, le taux standardisé de mortalité en lien avec une chute s'est élevé significativement au-dessus de la tendance attendue, et ce dès 2020. Il a poursuivi une tendance linéaire à la hausse supérieure à la tendance attendue, avec un écart de 77,6 décès pour 100 000 entre la valeur attendue pour 2024 et la valeur observée.

Figure 10.Tendances observées et projetées sur la base de la période 2015-2019 de la mortalité toutes causes et en lien avec une chute (pour 100 000 habitants) chez les personnes ≥65 ans selon la classe d'âge, France 2015-2024



Isolement de la croissance spécifique de la mortalité en lien avec une chute

Une des limites de l'analyse précédente réside dans le fait qu'elle ne permet pas de faire la distinction entre l'augmentation de la mortalité en lien avec une chute résultant de l'augmentation de la mortalité toutes causes et l'augmentation spécifique de la mortalité en lien avec une chute. Une des manières de distinguer ces deux effets est d'utiliser une décomposition économétrique afin de déterminer leur contribution respective.

Entre 2019 et 2024, le taux standardisé de mortalité en lien avec une chute a augmenté de 21,1 décès pour 100 000 habitants ≥65 ans (soit +18,0 %) (Tableau 1). Cette augmentation de 21,1 décès /100 000 se décompose en un recul de 2,3 décès par chute /100 000 habitants en lien avec la diminution du taux de mortalité toutes causes, et une augmentation de 23,4 décès /100 000 habitants en lien avec l'augmentation de la probabilité qu'il y ait mention de chute dans le certificat de décès.

En revanche entre 2019 et 2020, la hausse de 8,8 décès en lien avec une chute pour 100 000 habitants s'explique quasi exclusivement par l'augmentation générale du nombre de décès toutes causes (+10,5/100 000), alors même que la probabilité qu'il y ait mention de chute dans le certificat de décès a diminué (-1,7/100 000).

Il est important de noter que dans une situation où les conditions de mortalité ne sont pas modifiées, la contribution des « chutes » est attendue comme faible, la part la plus importante de la différence entre deux années étant attribuable aux variations annuelles de la mortalité générale.

Tableau 1. Décomposition de la différence de mortalité en lien avec une chute entre une année et 2019 parmi les personnes ≥65 ans, France entière 2015-2024

Année	Différence mortalité en lien avec une chute (Taux)	Contribution « Mortalité toutes causes » (Taux)	Contribution « Chute » (Taux)	Variation (%)	Contribution « Mortalité toutes causes » (%)	Contribution « Chute » (%)
2015	-1,6	7,4	-9	-1,4	6,3	-7,6
2016	-5,4	3,3	-8,7	-4,6	2,8	-7,4
2017	-0,2	3,1	-3,2	-0,1	2,6	-2,8
2018	0,4	1,3	-1	0,3	1,1	-0,8
2019	**(ref)**	**(ref)**	**(ref)**	**(ref)**	**(ref)**	**(ref)**
2020	8,8	10,5	-1,7	7,5	9	-1,4
2021	9,4	6,1	3,4	8,1	5,2	2,9
2022	19,6	9,5	10,1	16,7	8,1	8,6
2023	16,1	-0,2	16,4	13,8	-0,2	14
2024	21,1	-2,3	23,4	18	-2	20

Lecture : Entre 2019 et 2020, le taux standardisé de mortalité en lien avec une chute a augmenté de 8,7 pour 100 000 habitants ≥65 ans. L'augmentation de la mortalité toutes causes, observée sur la même période se décompose entre une augmentation de 10,2 décès en lien avec une chute pour 100 000 tandis que la baisse du risque de décéder en lien avec une chute a contribué à diminuer le nombre total de décès en lien avec une chute de 1,5 décès pour 100 000.
NB : Les arrondis peuvent empêcher l'égalité entre la différence et la somme des contributions.

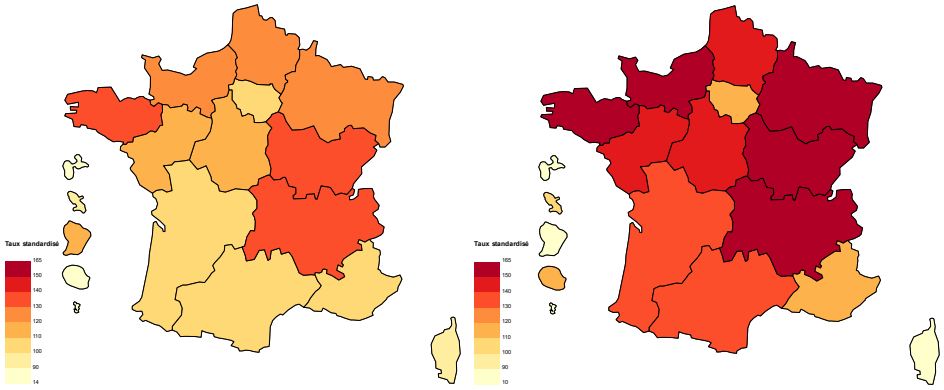
Évolutions régionales

L'analyse des taux régionaux de mortalité en lien avec une chute montre une hétérogénéité spatiale avec une grande dispersion des taux régionaux standardisés d'hospitalisation (Figures 11 et 12).

En 2019, le taux standardisé de mortalité en lien avec une chute variait de 13/100 000 à Mayotte (taux à interpréter avec prudence du fait de la non exhaustivité des données) à 137/100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes, avec une valeur médiane à 109/100 000. Outre Auvergne-Rhône-Alpes, les régions Grand Est (128/100 000), Normandie (128/100 000), Bourgogne-Franche-Comté (131/100 000), et Bretagne (134/100 0000) appartenaient au quartile le plus élevé (>126/100 000). En 2024, ces régions appartiennent toujours au quartile le plus élevé (>151/100 000).

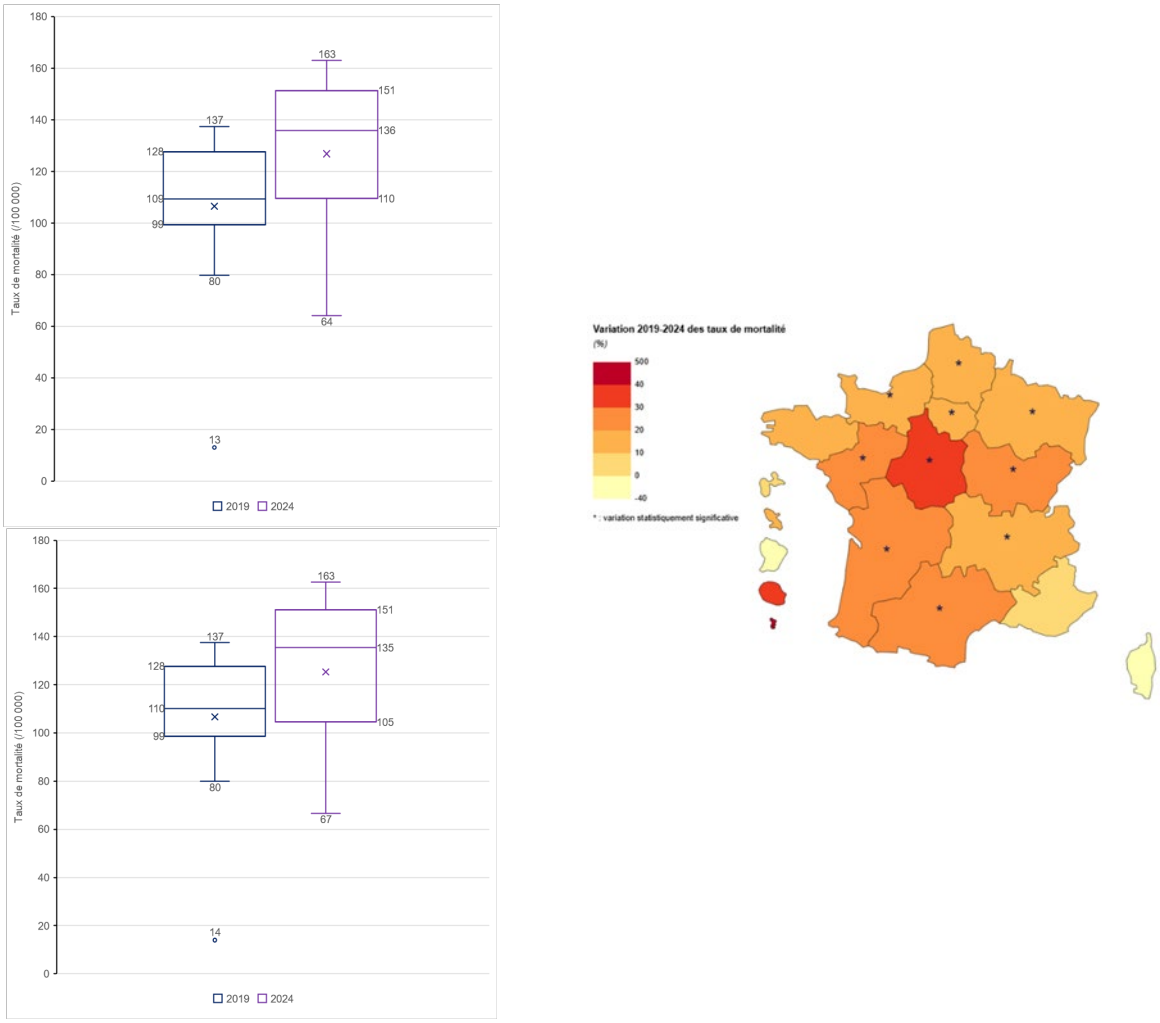
En 2019, les DROM (à l'exception de la Guyane) et la Corse appartenaient au quartile le plus bas (<100/100 000). En 2024, le quartile le plus bas (<111/100 000) regroupe sensiblement les mêmes régions à l'exception de la Guyane en lieu et place de La Réunion.

Figure 11. Taux régionaux standardisés de mortalité en lien avec une chute (pour 100 000 habitants) chez les personnes ≥65 ans, (référence nationale 2019). France entière, 2019 (gauche) et 2024 (droite)



Entre 2019 et 2024, on observe une tendance globale à l'augmentation des taux standardisés de mortalité en lien avec une chute dans la plupart des régions (Figure 12), à l'exception de la Corse, des DROM, de PACA et de la Bretagne. Ces variations étaient majoritairement de l'ordre de 10 à 20 % et jusqu'à 31 % en Centre-Val de Loire (+246 décès).

Figure 12. Box-plots (minimum, maximum, 1er, 2e et 3e quartiles) des taux régionaux standardisés de mortalité en lien avec une chute chez les personnes ≥65 ans et évolution (%) des taux régionaux entre 2019 et 2024, France entière



Conclusions

L'analyse sur l'ensemble du territoire national des taux standardisés de mortalité et d'hospitalisation en lien avec une chute chez les personnes âgées ≥65 ans met en évidence une nette augmentation de ces taux à partir de 2019 (+20,5 % pour les hospitalisations et +18,0 % pour la mortalité), en particulier pour les personnes âgées ≥85 ans (environ +19 % dans les deux cas).

Après standardisation sur l'âge, les femmes sont plus concernées que les hommes par les hospitalisations en lien avec une chute tandis que les hommes décèdent plus fréquemment que les femmes en lien avec une chute. La mortalité en lien avec une chute est saisonnière (comme la mortalité cardiovasculaire et respiratoire notamment), avec des niveaux plus élevés pendant l'hiver que l'été, potentiellement en lien avec les conditions climatiques et les épidémies hivernales (10). Des disparités régionales ont été observées, avec des taux d'hospitalisation et de mortalité en lien avec une chute les plus élevés en 2024, à la fois pour les décès et les hospitalisations, en Grand Est, Normandie, Bretagne et Auvergne-Rhône-Alpes.

Les analyses de tendance indiquent que l'augmentation observée depuis 2020 est restée supérieure à que ce qui était attendu d'après les projections de la tendance 2015-2019. Cette augmentation a également été observée, chez les plus âgés, pour les maladies de l'appareil digestif, les maladies cardiovasculaires et pour les autres types d'accidents (11). La rupture tendancielle de la mortalité

en lien avec une chute est particulièrement marquée chez les plus âgés. Cela explique en partie la rupture de tendance observée chez les femmes, plus représentées aux âges avancés.

Alors que la mortalité toutes cause est plus faible en 2024 qu'en 2019, la mortalité en lien avec une chute a été en revanche en constante augmentation. Par ailleurs, la part des chutes dans la mortalité toutes causes a augmenté, alors que la mortalité toutes causes a diminué sur la période. Cette évolution pourrait refléter un changement des conditions de mortalité, changement qui semble s'inscrire durablement en France, ou une amélioration du remplissage par les médecins, des motifs de décès en lien avec une chute dans les certificats de décès. Cette dernière hypothèse pourrait être liée à une meilleure sensibilisation dans le cadre du plan national. L'augmentation de l'incidence des chutes est observée dans l'ensemble des pays (12). Elle reflète possiblement l'augmentation, dès la mi-vie, de l'inactivité physique et de la sédentarité avec un retentissement au fil de l'avancée en âge sur la masse et la force musculaire et un risque de chute accru (13). Entre 2006 et 2016, la proportion de femmes physiquement actives (atteignant les recommandations d'activités physiques aérobiques) a ainsi diminué en France (14). La pandémie de COVID-19 a possiblement contribué à aggraver cette tendance soit directement en augmentant la fragilité des plus âgés infectés par le SARS-CoV-2, soit indirectement en augmentant encore davantage l'inactivité physique et la sédentarité du fait des mesures de distanciation sociale.

Le plan ayant été mis en place en 2022, les deux ans de données jusqu'en 2024 permettent uniquement d'analyser la dynamique d'hospitalisation et de mortalité dans lequel le plan a été déployé. Le recul n'est probablement pas suffisant pour commencer à observer de réelles variations suite à la mise en place d'actions dans le cadre du plan.

Par ailleurs, l'analyse descriptive mise en œuvre dans ce travail ne peut pas, à elle seule, permettre de conclure de manière causale à une efficacité du plan. Une quelconque variation qui serait observée, même à la baisse, ne pourrait être attribuée à une réussite ou échec du plan. D'autres indicateurs et d'autres analyses seraient nécessaires pour établir une telle causalité.

Toutefois, ces données montrent la nécessité de poursuivre la surveillance épidémiologique des décès et des hospitalisations en lien avec une chute et les actions déployées pour diminuer le fardeau des chutes en population générale. Face au défi que constitue l'arrivée aux âges avancés des générations du baby-boom, il convient de renforcer les politiques de promotion d'une avancée en âge en santé et de prévention de la perte d'autonomie.

Ressources en prévention des chutes

- Le site « **Pour bien vieillir** » : Rester en bonne santé. Prendre soin de soi, avoir une bonne hygiène de vie, c'est important pour se sentir bien dans son corps et dans sa tête, mais aussi pour ... En savoir plus

- **Le site « ICOPE »** : ICOPE est un programme innovant développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il s'adresse à toute personne de 60 ans et plus (ou moins !) désireuse de maintenir sa forme physique, morale et intellectuelle, et tout cela, à l'aide d'outils numériques ! En savoir plus

- **Le site « Manger bouger »** : Recettes, idées d'activités et astuces pour manger mieux et bouger plus petit à petit et à tous les âges de la vie, notamment la rubrique « Exercices pour améliorer son équilibre »

- **Le registre des interventions en prévention et promotion de la santé « ReperPrev »** : A destination des acteurs de la santé publique, cette plateforme de référence de Santé publique France recense des programmes de prévention efficaces, prometteurs ou innovants en France évalués scientifiquement. En savoir plus

- **Le centre de ressources et de preuves** dédié à la prévention de la perte d'autonomie de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : En savoir plus

Références

1. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2025 : 200 p. Disponible à partir de l'URL: http://www.santepubliquefrance.fr

2. Ung A, Chatignoux E, Beltzer N. Analyse de la mortalité par accident de la vie courante en France, 2012-2016. Bull Epidémiol Hebd. 2021;(16):290-301. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/16/2021_16_2.html

3. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Plan antichute des personnes âgées. Paris : Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités ; 2022. Disponible sur : https://solidarites.gouv.fr/plan-antichute-des-personnes-agees

4. https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

5. Chen H, Liu H, Long Y, Wu D, Du W, He J, Li S, Ma X, Chen H, Su W. Global burden of falls 1990-2021: aging effect, age-stratified risk factors, and projection to 2040 in older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2025 Nov 6;80(12)

6. Cour des comptes. Rapport sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées [Internet]. Paris : Cour des comptes ; 2021 [cité le 31 oct 2025]. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/system/files/2021-12/20211125-rapport-prevention-perte-autonomie-personnes-….

7. Insee. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée [Internet]. Paris : Insee ; 2021 [cité le 31 oct 2025]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969

8. Fouillet A, Pigeon D, Carton I, Robert A, Pontais I, Caserio-Schönemann C, et al. Évolution de la certification électronique des décès en France de 2011 à 2018. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(29-30):585-93. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/29-30/2019_29-30_2.html

9. 5ème rapport de l'Observatoire national du suicide : Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes; septembre 2022. Fiche N°1 : Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de COVID-19 en France, 2020-mars 2021 (A. Fouillet, I. Pontais, C. Caserio-Schönemann – Santé publique France ; D. Martin, G. Rey – Inserm-CépiDC). https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ONS5_0.pdf

10. Stevens JA, Thomas KE, Sogolow ED, Seasonal patterns of fatal and nonfatal falls among older adults in the U.S. Accid Anal Prev 2007 Nov;39(6):1239-44. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17920848/

11. Fouillet A, Aubineau Y, Godet F, Costemalle V, Coudin É. Grandes causes de mortalité en France en 2023 et tendances récentes. Bull Epidemiol Hebd. 2025;(13):218-43. https://beh. santepubliquefrance.fr/beh/2025/13/2025_13_1.html

12. Zhang B, Dou B, Li K. Global, regional, and national burden of hip fractures attributable to falls in older adults: changes from 1990-2021 and 2036 projections. Front Public Health. 2025 Sep 18;13:1674881. doi: 10.3389/fpubh.2025.1674881. PMID: 41048275; PMCID: PMC12488404

13. Lousuebsakul-Matthews V, Thorpe D, Knutsen R, Beeson WL, Fraser GE, Knutsen SF. Non-sedentary Lifestyle Can Reduce Hip Fracture Risk among Older Caucasians Adults: The Adventist Health Study-2. Br J Med Med Res. 2015;8(3):220-229. doi: 10.9734/BJMMR/2015/17685. Epub 2015 Apr 27. PMID: 27774433; PMCID: PMC5072528

14. Verdot C, Bouchan J, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population en France. Synthèse des données disponibles en 2024. 2024. 10p. https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/enquetes-etudes/activite-physique-et-sedentarite-dans-la-population-en-france.-synthese-des-donnees-disponibles-en-2024

Méthodes

Données d'hospitalisation

Les données d'hospitalisations proviennent du champ Médecine, Chirurgie, Obstétrique et odontologie (MCO) du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Elles ont permis de dénombrer les séjours hospitaliers avec un diagnostic principal (DP) relatif aux lésions traumatiques (code CIM-10 du DP commençant par S), avec un diagnostic associé (DA) correspondant aux chutes (code CIM-10 du DAS commençant par W00–W19 ou R296). Les données présentées dans ce bulletin correspondent au nombre de séjours hospitaliers, le lieu de résidence du patient étant déteminé sur la base du code postal de sa commune de résidence. Au total, sur les données de 2015 à 2024, 7 811 séjours hospitaliers en lien avec une chute ont été exclus des analyses, principalement parce que le code postal ne permettait pas de déterminer la région ou le département de résidence du patient (n=7 581).

Données de mortalité

En France, la surveillance de la mortalité par cause repose sur les certificats de décès rédigés par les médecins, transmis par la suite au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm-CépiDc) et à Santé publique France, comportant les causes médicales du décès disponibles en texte libre, telles que mentionnées par les médecins certificateurs. Ces causes sont ensuite codées par le CépiDc selon la CIM-10 avec une identification de la cause initiale et des causes associées, selon les règles internationales de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Depuis 2007, la certification électronique via CertDc permet une transmission rapide des causes médicales de décès, améliorant la réactivité du dispositif. Néanmoins, ce système reste partiellement déployé, avec une couverture variable selon les régions et les lieux de décès, les décès hospitaliers y étant surreprésentés (8). Toutefois, le délai de réception des certificats en format papier reste raisonnable (4 à 6 mois) permettant de mettre en place une surveillance réactive, contrairement aux causes codées, disponibles après un délai d'environ 18 mois.

Un algorithme d'identification des certificats de décès contenant une mention de chute accidentelle dans l'ensemble des causes médicales de décès disponibles en texte libre a été développé. Cet algorithme recherche les termes et expressions relatifs aux chutes ("chute", "glissade", "escalier", "perte d'équilibre"…), en incluant des variantes orthographiques, grammaticales et contextuelles. Une validation de cet algorithme a été réalisée en comparant, sur la période 2015–2023, les certificats de décès repérés à partir de l'analyse des textes libres et ceux repérés via les causes médicales de décès codées en CIM-10 par le CépiDc, qu'il s'agisse des décès pour chute (causes initiales seules) ou en lien avec une chute (cause initiale ou associées)[1]. Sur l'ensemble de la période, la sensibilité et la valeur prédictive positive de l'algorithme de repérage sur les textes libres étaient respectivement de 97,3 % et 71,1 % comparativement aux causes médicales codées en cause initiale uniquement et de 96,2 % et 96,2 % comparativement aux causes médicales codées en causes initiale ou associées. Les performances variaient peu sur les 9 années. Par ailleurs, la dynamique mensuelle des décès en lien avec une chute repérés à partir des causes médicales en texte libre était fortement corrélée à celle des décès pour chute accidentelle codée en cause initiale ou en causes initiale ou associée (coefficient de corrélation = 0,99).

Cette approche, inspirée des travaux menés sur le dénombrement des suicides à partir du texte libre des causes médicales de décès (9), permet d'obtenir une estimation nationale du nombre de décès impliquant une chute avec un délai moyen de 6 mois après l'événement. Elle offre ainsi un gain considérable en réactivité pour la surveillance épidémiologique et l'évaluation de politiques publiques. L'algorithme a ainsi été utilisé pour produire une estimation provisoire du nombre de décès en lien avec une chute pour l'année 2024.

Analyses statistiques

Calcul des indicateurs nationaux

Deux sources de données ont été utilisées dans les analyses : les décès et les séjours hospitaliers en lien avec une chute. Les taux bruts annuels ont été calculés en divisant le nombre de décès (ou de séjours hospitaliers) en lien avec une chute, dans la classe d'âge des 65 ans et plus, par le nombre de personnes années (PA) âgées de 65 ans et plus, en âge révolu, calculé à partir des tables de personnes-années de l'INSEE. L'année 2019 a été initialement retenue par les pilotes du Plan antichute des personnes âgées comme année de référence pour évaluer les évolutions intervenues depuis le déploiement du plan, dans la mesure où il s'agissait de la première année avant la mise en place du plan (2022), qui n'était

[1] Sont considérés comme en lien avec une chute les certificats de décès comportant en cause initiale ou associée, les codes CIM-10 W00 à W19 relatifs aux chutes, S720 relatif aux fractures du col du fémur, ainsi que R296 correspondant aux chutes à répétition.

pas concernée par la crise COVID-19. Ainsi, afin de prendre en compte les évolutions démographiques de la population dans la comparaison des incidences nationales annuelles, les taux de mortalité et d'hospitalisation ont été standardisés en utilisant la structure par âge et sexe de la population France entière en 2019. Les taux standardisés de mortalité/hospitalisation permettent donc d'isoler la part des décès/hospitalisations qui n'est pas dû aux modifications démographiques de la population entre 2019 et 2024 (vieillissement de la population notamment).

Modélisation des tendances et projections pour la mortalité

Les tendances observées entre 2015 et 2019 (période pré-COVID-19), par grandes classes d'âges (65-74 ans, 75-84 ans, et ≥85 ans et par sexe, ont été modélisées à l'aide d'un modèle de Quasi-Poisson appliqué aux taux de mortalité par classe d'âge quinquennale et sexe, puis les taux standardisés ainsi que l'intervalle de prédiction ont été calculés. Cette approche a été retenue pour sa robustesse dans la modélisation de données de comptage et sa capacité à intégrer la variabilité interannuelle. Elle est utilisée depuis plusieurs années dans le cadre des articles annuels écrits conjointement par Santé Publique France, le CépiDc et la Drees pour comparer les taux de mortalité standardisés observés à l'attendu par rapport à la tendance pour des grandes causes de mortalité.

Le modèle ajuste ainsi une tendance linéaire observée sur la période 2015-2019 et projette les valeurs attendues jusqu'en 2024, selon l'hypothèse d'évolution des conditions de mortalité stable et sans intervention anti-chute. Des intervalles de prédiction à 99 % permettent de déterminer si les valeurs observées s'écartent significativement de la tendance projetée. En clair, cette modélisation permet de répondre à la question : depuis 2019, y a-t-il eu un décrochage significatif (positif ou négatif) de la mortalité par rapport à ce qui est attendu ? Compte-tenu de l'évolution des conditions de mortalité dès 2020 suite à la pandémie de COVID-19, les graphiques présentent également l'évolution de la mortalité toutes causes, afin de pouvoir distinguer les variations induites par la dynamique de la mortalité toutes causes et les variations spécifiques de la mortalité en lien avec une chute.

Isolement de la croissance spécifique de la mortalité en lien avec une chute

Une des limites de l'analyse précédente est qu'elle ne permet pas de distinguer la croissance de la mortalité par chutes liée à l'augmentation globale du niveau de mortalité de la croissance spécifique de la mortalité en lien avec une chute. Une des manières pour réussir à distinguer ces deux effets est d'utiliser une décomposition économétrique, ici la méthode de décomposition des moyennes pondérées, afin d'établir la contribution de ces deux effets. La différence de deux taux de mortalité standardisés (Entre 2024 et 2019, cette différence est de 20,7 décès pour 100 000) peut être exprimée comme deux sommes interprétables. La première somme correspond à la contribution de l'évolution de la mortalité à cette différence (1) (la variation pondérée de la probabilité de mourir entre deux années) et la seconde la contribution de l'évolution du risque de mourir d'une chute à cette différence (2) (la variation pondérée de la probabilité d'être décédé d'une chute sachant que l'on est décédé).

Analyse descriptive et évolution des indicateurs selon la région et le département

L'analyse géographique a été conduite à l'échelle régionale et départementale. Les taux standardisés de mortalité et d'hospitalisations en lien avec une chute ont été mesurés pour chaque territoire en prenant comme référence la structure démographique de la population France entière de l'année 2019 (sexe et âge quinquennal).

Pour nous citer : Hospitalisations et mortalités en lien avec une chute chez les personnes de 65 ans et plus en France. Données 2015-2024. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 19 p., mars 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 12 mars 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr