

Prévention des chutes chez les personnes âgées



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

1 - Problématique

Les chutes sont parmi les causes les plus importantes de décès et d'hospitalisations par traumatismes non intentionnels. Les personnes âgées de 65 ans et plus en sont les principales victimes (Hamel, 2001). Cette problématique est très préoccupante dans le contexte d'une société vieillissante puisque les chutes sont un facteur important de perte d'autonomie et que, chaque année, près du tiers des personnes âgées de 65 ans et plus font une chute (O'Loughlin et collab, 1993).

Qu'est-ce qu'une chute?

Une chute est un événement par lequel une personne se retrouve sur le sol ou sur une surface inférieure, et ceci, indépendamment de sa volonté (Lamb et collab., 2005).

Quelles sont les causes?

Les chutes sont la conséquence d'une interaction complexe de plusieurs facteurs de risque. Parmi ceux-ci, on compte des facteurs liés aux individus (p. ex. : âge, sexe, habitudes de vie) ainsi que des facteurs liés à l'environnement physique (p. ex. : caractéristiques des bâtiments) ou à l'environnement socioéconomique (p. ex. : revenu, éducation).

Il existe aussi des facteurs de protection, comme l'accès à un professionnel de la santé et des facteurs d'aggravation comme le temps passé au sol lors de la chute, le délai entre l'admission à l'hôpital et l'intervention chirurgicale. De plus, les comorbidités préexistantes peuvent influencer sur les conséquences des chutes chez les personnes âgées.

Le tableau [Synthèse des facteurs de risque liés aux chutes accidentelles chez les personnes âgées](#) résume les facteurs de risque associés aux chutes chez les personnes âgées.

Quelles sont les conséquences d'une chute sur la santé des personnes âgées?

Bien que dans près de la moitié des cas la chute n'entraîne aucune blessure (O'Loughlin, 1993), les blessures subies à la suite d'une chute chez les aînés peuvent conduire vers l'hospitalisation, la limitation d'activité et le décès. Au Québec, nous observons que les chutes conduisent vingt fois plus souvent à une hospitalisation qu'à un décès (Robitaille et Gagné, 2007). Les fractures sont l'une des conséquences les plus sérieuses de la chute, particulièrement la fracture de la hanche. Chez les personnes âgées, cela se solde souvent par un placement en institution de santé.

Prévention des chutes chez les personnes âgées

[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

2 - Indicateurs de santé et de bien-être

Situation actuelle

Pour le Québec

Entre 1981 et 2004, la mortalité par [chutes accidentelles](#) et fractures non-précisées chez les personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté pour les deux sexes, mais à un rythme plus rapide chez les femmes . On constate que les femmes affichent des taux plus élevés que ceux des hommes, particulièrement depuis le début des années quatre-vingt-dix.

Entre 1989-1990 et 2005-2006, les taux d'hospitalisation suite à une chute accidentelle chez les 65 ans et plus ont légèrement augmenté au Québec . À l'instar de ce qui est observé pour la mortalité, les taux d'hospitalisation chez les personnes âgées sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

À l'échelle régionale, on observe pour la période 2000 à 2004 que les indicateurs associés aux chutes accidentelles chez les personnes âgées fluctuent d'un RSS à l'autre. L'indicateur de mortalité oscille entre 10 et 34 décès par chutes accidentelles pour 100 000 personnes alors que celui d'hospitalisation varie entre 104 et 161 pour 10 000.

À l'échelle locale, les indicateurs varient aussi d'un CSSS à l'autre . Il faut noter qu'il existe des différences administratives entre les régions (p. ex. disponibilité des lits, taux de transferts d'une région à l'autre, etc.) pouvant expliquer en partie ces différences. Ainsi, les taux d'hospitalisation présentés ne traduisent pas directement la morbidité par chutes accidentelles.

À l'échelle des provinces canadiennes, la mortalité par chutes accidentelles chez les personnes âgées du Québec de 65 ans et plus se situe à des rangs favorables, tant chez les hommes que chez les femmes. Les Québécois se classent au deuxième rang alors que les Québécoises se retrouvent en première position parmi les provinces du Canada.

À l'échelle des pays comparables, un constat similaire peut être fait lorsque l'on compare le Québec à certains pays développés. En effet, la mortalité québécoise par chutes accidentelles des 65 ans et plus se situe à des rangs très favorables lorsque comparée à certains pays sélectionnés de l'OCDE. Il faut cependant noter qu'une partie des ces résultats pourrait s'expliquer par une codification différente des chutes au Québec (voir la Méthode de calcul).

Pour plus de détails, vous pouvez consulter la [liste des tableaux et graphiques](#) de cette fiche.



Prévention des chutes chez les personnes âgées



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Méthode de calcul

Valeurs de référence

Les taux de mortalité et d'hospitalisation par [chutes accidentelles](#) (chez les 65 ans et plus) les plus faibles enregistrés sont :

	Taux de mortalité par chutes accidentelles (pour 100 000)	Taux d'hospitalisation par chutes accidentelles (pour 10 000)
Parmi certains pays développés (2001)	13,5 (Québec-sexe féminin)	Non disponible
Parmi les provinces canadiennes (2004)	8,1 (Terre-Neuve-et-Labrador-sexe féminin)	Non disponible
Parmi les régions sociosanitaires du Québec (2000-2004)	10,6 (Laval)	104,3 (Laval)
Parmi les CSSS du Québec (2000-2004)	7,4 (CSSS de la Pointe-de-l'Île)	73,2 (CSSS Pontiac)

Source : Santéscope et Infocentre

Liste des tableaux et graphiques

Évolution pour le Québec

- [Taux de mortalité par chutes accidentelles et fractures non précisées chez les 65 ans et plus, Québec, 1981 à 2004.](#)
- [Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée à la suite de chutes accidentelles chez les 65 ans et plus selon le sexe, Québec, 1991-1992 à 2005-2006.](#)

Variations régionales et locales

- [Taux de mortalité et d'hospitalisation par chutes accidentelles chez les 65 ans et plus, Québec, RSS et CSSS, 2000-2004.](#)

Comparaisons canadiennes et internationales

- [Taux de mortalité par chutes accidentelles chez les 65 ans et plus, hommes, provinces canadiennes et Canada, 2004.](#)

Prévention des chutes chez les personnes âgées

[Problématique / Indicateurs de santé et de bien être / Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales / Références / Informations complémentaires](#)

- [Taux de mortalité par chutes accidentelles chez les 65 ans et plus, femmes, provinces canadiennes et Canada, 2004.](#)
- [Taux de mortalité par chutes accidentelles chez les 65 ans et plus, hommes, Québec et pays sélectionnés, 2001.](#)
- [Taux de mortalité par chutes accidentelles chez les 65 ans et plus, femmes, Québec et pays sélectionnés, 2001.](#)

3 - Programmes et interventions

La prévention des chutes constitue un défi majeur pour permettre aux personnes âgées de conserver leur autonomie et leur qualité de vie le plus longtemps possible. Dans le but de prévenir les chutes, la mise en place d'interventions multifactorielles visant à améliorer les capacités motrices et à diminuer la consommation de médicaments des personnes âgées est préconisée (MSSS, 2004). En effet, certains auteurs croient qu'il serait possible de prévenir plus du tiers des chutes et des traumatismes qui y sont liés grâce à des programmes ciblés sur des facteurs de risque particuliers (Campbell, 2002).

Parmi les interventions multifactorielles recommandées et considérées les plus efficaces pour prévenir les chutes (Gillespie et collab., 2003), on retrouve les :

- programmes multidisciplinaires et multifactoriels d'identification et de correction des facteurs de risque (santé et environnement) de chute chez les personnes âgées vivant dans la communauté;
- programmes d'amélioration de la force et de l'équilibre prescrits individuellement par un professionnel de la santé;
- identification et la correction des risques de l'environnement domiciliaire par un professionnel, pour les personnes ayant une histoire de chute;
- retrait de l'utilisation de médicaments psychotropes;
- session de 15 semaines de Tai Chi pratiqué en groupe.

Dans le but de prévenir les chutes chez les personnes âgées, il est aussi important de tenir compte des **circonstances des chutes**, c'est-à-dire de situer le [mécanisme](#), le [lieu](#) et [l'activité](#) de la personne au moment de la chute. L'utilité de décrire les circonstances est reconnue par l'OMS. La *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé* (CIM-10) précise des catégories de lieu et d'activité, en plus de spécifier une vingtaine de mécanismes. Parmi les circonstances des chutes, on compte, entre autres, les chutes dans les escaliers, les chutes de plein pied dues à la glace et la neige ainsi que les chutes qui surviennent lors d'activités sportives.



Prévention des chutes chez les personnes âgées



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Au Québec

Selon les données québécoises disponibles ([Robitaille et Gagné, 2007](#)), 9 chutes sur 10 surviennent chez des personnes âgées vivant à domicile. Dans 56 % des cas, la chute a eu lieu à leur domicile comparativement à 6 % dans un édifice public ou sur la rue. Le type de chute est constitué, dans de plus grandes proportions (33 % des cas), de chutes de plein pied : glissade, faux pas ou trébuchement alors que dans 9,5 % des chutes surviennent dans un escalier. Notez cependant que les données québécoises ne permettent pas d'identifier le type de chute dans 46 % des cas.

Les chutes constituent un objet d'intervention dans le cadre du [Programme national de santé publique du Québec 2003-2012 \(PNSP\)](#). Les objectifs visés d'ici 2012 sont de réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes accidentelles.

Aussi, un cadre de référence lié à la problématique des chutes chez les personnes âgées a été développé : [La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile](#) (MSSS, 2004) s'adressant aux gestionnaires et aux planificateurs du réseau de la santé des paliers local et régional. Les trois types d'interventions recommandées figurent également dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS mise à jour 2008) :

« *Implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute – volet non personnalisé (par exemple PIED)* ». Le programme intégré d'équilibre dynamique PIED est un programme en groupe animé par un professionnel, qui vise à augmenter l'équilibre des participants par des exercices physiques et à leur permettre de corriger certains risques de chute dans leur domicile.

« *Soutien à l'implantation de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont déjà fait une chute – volet personnalisé* ». Cette intervention qui vise principalement les personnes recevant des services de maintien à domicile, consiste à dépister et à corriger certains facteurs de risque de chutes, principalement les troubles de mobilité, la consommation de plusieurs médicaments et l'aménagement du domicile.

Enfin, **l'intervention médicale préventive** consiste à sensibiliser et à outiller les cliniciens de première ligne pour l'identification et la correction des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées qui les consultent.

Prévention des chutes chez les personnes âgées

[Problématique / Indicateurs de santé et de bien être / Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales / Références / Informations complémentaires](#)

Autres provinces

- [Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté.](#)
- [Registered Nurses Association of Ontario \(2005\). Prevention of falls and fall injuries in the older adult.](#)

Autres pays

- [Australian Government \(2004\). An analysis of research on preventing falls and falls injury in older people: Community, residential care and hospital settings. Department of Health and Aging.](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention Fall Prevention Activities.](#)
- [National Institute for Clinical Excellence \(2004\). Clinical guideline 21: The assessment and prevention of falls in older people.](#)
- [Queensland State Government, Australia \(2003\). Falls prevention: Best practice guidelines for public hospitals and state government residential aged care facilities. Queensland Health.](#)

4 - Pratiques régionales et locales

On retrouvera dans cette section des publications régionales et locales en lien avec cette thématique.

5 - Références spécialisées

Références citées

- [Agence de la santé publique du Canada. \(2005\). Rapport sur les chutes des aînés au Canada, Division du vieillissement et des aînés, Ottawa.](#)
- [Campbell, A.J. \(2002\). "Preventing fractures by preventing falls in older women", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 167 \(9\), pp. 1005-1006.](#)
- [Gagné, M, Robitaille, Y, Hamel, D. \(2009\). Note technique concernant les regroupements pour l'analyse des décès par traumatisme au Québec, Institut national de santé publique du Québec, 20 p.](#)
- [Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH., \(2003\). Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2003 Issue 4* John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK.](#)
- [Hamel, Denis. \(2001\). Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999, Institut national de santé publique du Québec, 462 p.](#)



Prévention des chutes chez les personnes âgées



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

- [Lamb SE, Jorstad-Stein EC, Hauer K, et collab. \(2005\). Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. *J Am Geriatr Soc.* 53:1618-22.](#)
- [Ministère de la Santé et des Services sociaux. \(2008\). Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008, Gouvernement du Québec.](#)
- [Ministère de la Santé et des Services sociaux. \(2004\). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile – Cadre de référence. Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, 61 pages.](#)
- [Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec. \(2008\). Plan ministériel de surveillance multithématique – volet traumatismes non intentionnels.](#)
- [O'Loughlin, J.L. et collab. \(1993\). "Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly". *American Journal of Epidemiology*, 137, 342-354.](#)
- [Organisation mondiale de la Santé. \(1993\). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, volumes 1 à 3, Genève, Organisation mondiale de la Santé.](#)
- [Robitaille Y, Gagné M. \(2007\). « Les hospitalisations pour chute chez les adultes âgés : un aperçu québécois; Fall-related hospitalizations among the elderly: Overview from Quebec \(Canada\)», Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 37-38/ 2 octobre 2007, p.325-28.](#)

Autres références

- [Surveillance des blessures en direct.](#)
- [Filiatrault J, Parisien M, Laforest S, Genest C, Gauvin L, Fournier M, Trickey F, Robitaille Y. \(2007\). "Implementing a community-based falls prevention program: From drawing board to reality" *Can Journal of Aging / Revue canadienne du vieillissement*, 26 \(3\):213-226.](#)
- [Répertoire des programmes canadiens de prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté.](#)
- [Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté.](#)
- [Rand Report. \(2002\). Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trial.](#)
- [American Geriatrics Society. \(2001\). Guideline for the Prevention of falls in older persons.](#)

Prévention des chutes chez les personnes âgées

[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Recherches documentaires

- [PUBMED.](#)
- [Portail sur la recherche en santé des populations \(Santé Pop\).](#)
- [Collaboration Cochrane: Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people.](#)
- [Collaboration Cochrane: Interventions for preventing falls in older people living in the community.](#)
- [Collaboration Cochrane: Interventions for preventing falls in older in nursing care facilities and hospitals.](#)
- [National Electronic Library for Health.](#)

Groupe de discussion

- Aucun groupe de discussion répertorié.

Auteure : Carolyne Alix

Révision scientifique : André Simpson

Revu par les pairs



Informations complémentaires

Chute accidentelle

Correspond à la « Définition élargie » proposée par Gagné et collab. (2009). Les données présentées à partir de cette définition ne sont pas comparables à la « Définition intégrale » des chutes accidentelles. Pour plus d'informations, consulter la rubrique Méthode de calcul.

Mécanisme

Le mécanisme permet de connaître l'élément déclencheur de la chute.

Lieu

Le lieu où est survenue la chute permet d'orienter plus finement les stratégies de prévention.

L'activité

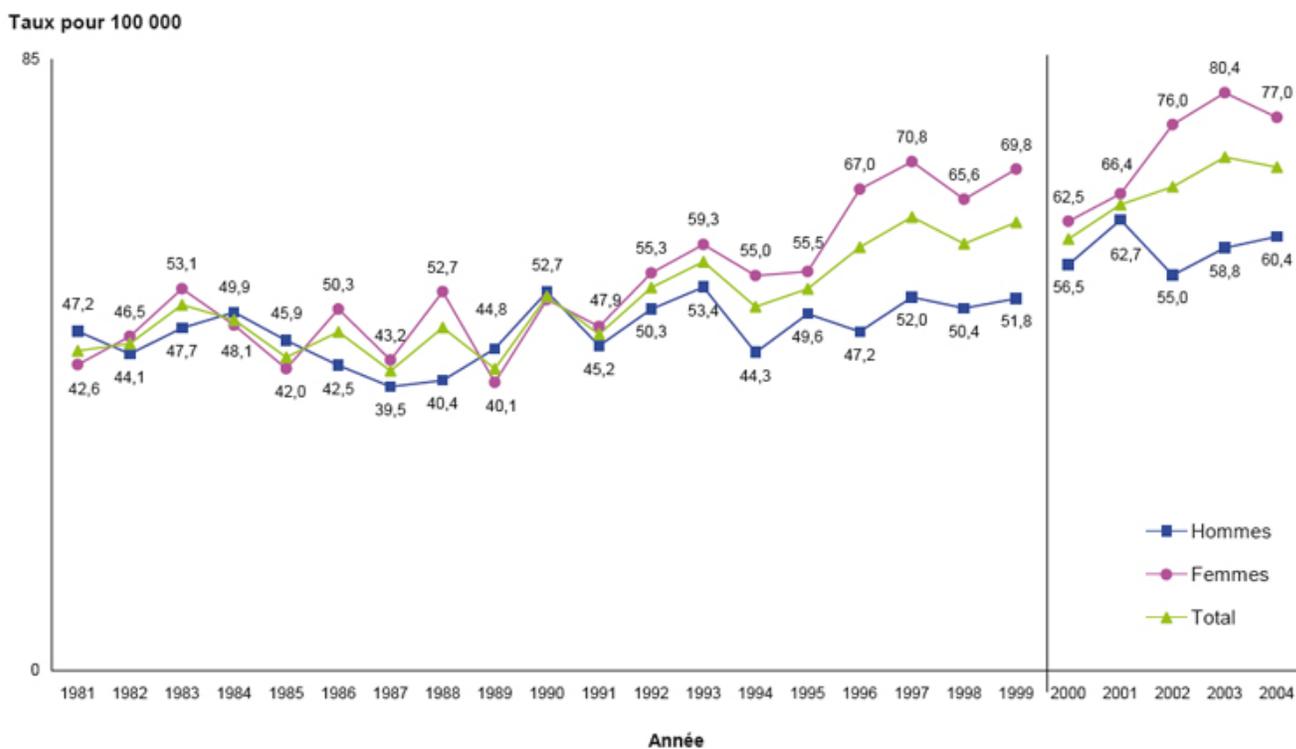
L'activité de la personne contribue à circonscrire les circonstances présentant une certaine homogénéité et en favoriser la prévention.

Tableau 1 : Principaux facteurs de risque associés aux chutes chez les aînés vivant à domicile

	Facteurs de risque
Sociodémographiques ET indicateurs de vulnérabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • Race blanche • Sexe féminin • Utilisation d'aides à la marche • Histoire de chute antérieure
Problèmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Présenter au moins deux conditions médicales chroniques • Incontinence urinaire • Parkinson • Accident vasculaire-cérébral • Arthrite • Diabète • Hypotension orthostatique • Étourdissements • Pathologie des pieds • Diminution de la densité osseuse
Capacités motrices	<ul style="list-style-type: none"> • Altération de la démarche • Altération de l'équilibre • Diminution de la force musculaire
Déficits sensoriels	<ul style="list-style-type: none"> • Altération de la vision • Altération du système somatosensoriel
Cognition, facteurs psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Peur de tomber • Déficits cognitifs • Histoire de dépression
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de médicaments • Prise de psychotropes • Prise de médicaments cardiovasculaires

Source : Adaptation du tableau 2, p. 11, Annexe – Recension des écrits. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004), *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile – Cadre de référence*. Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, 61 pages.

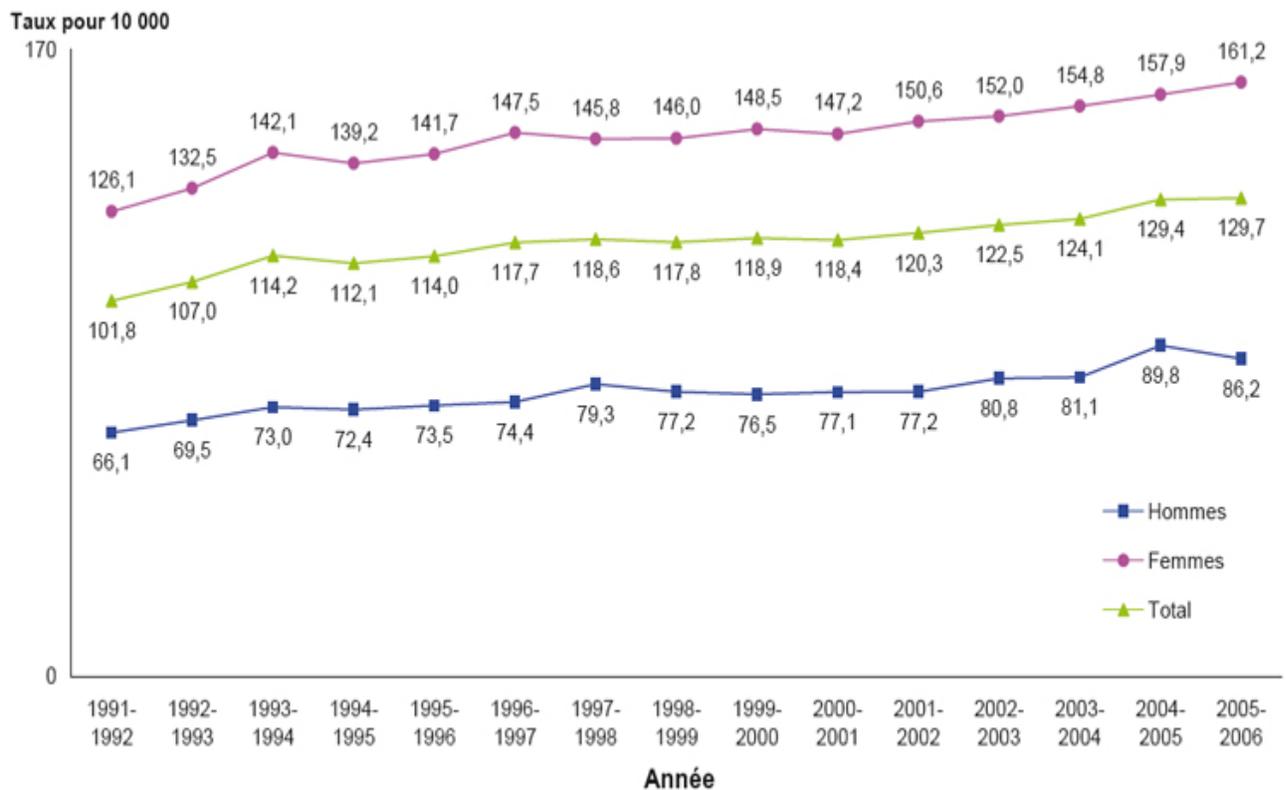
Taux de mortalité par chutes accidentelles et fractures non précisées¹ chez les 65 ans et plus, Québec, 1981 à 2004



1. Correspond à la "Définition élargie" (Gagné et collab., 2009). Pour plus d'informations, voir la méthode de calcul.

Sources : Fichier des décès, MSSS ; Service du développement de l'information, version février 2005, MSSS.

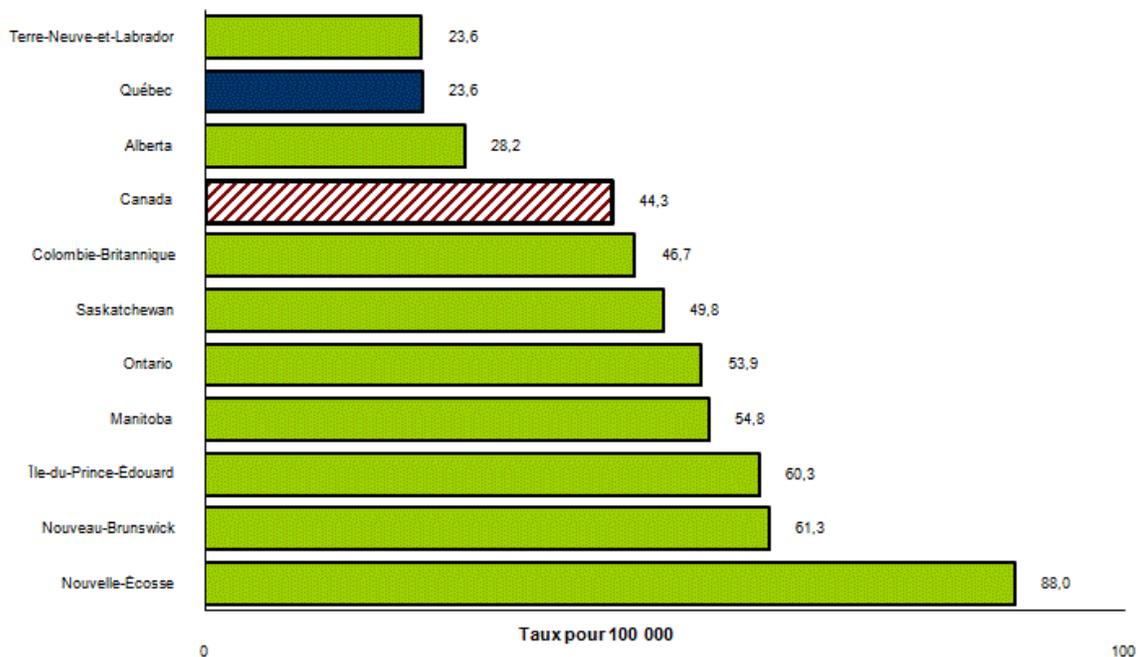
Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée à la suite de chutes accidentelles¹ chez les 65 ans et plus, Québec, 1991-1992 à 2005-2006



1. Correspond à la "Définition élargie" (Gagné et collab., 2009). Pour plus d'informations, voir la méthode de calcul.

Sources : Fichier des décès, MSSS ; Service du développement de l'information, version février 2005, MSSS.

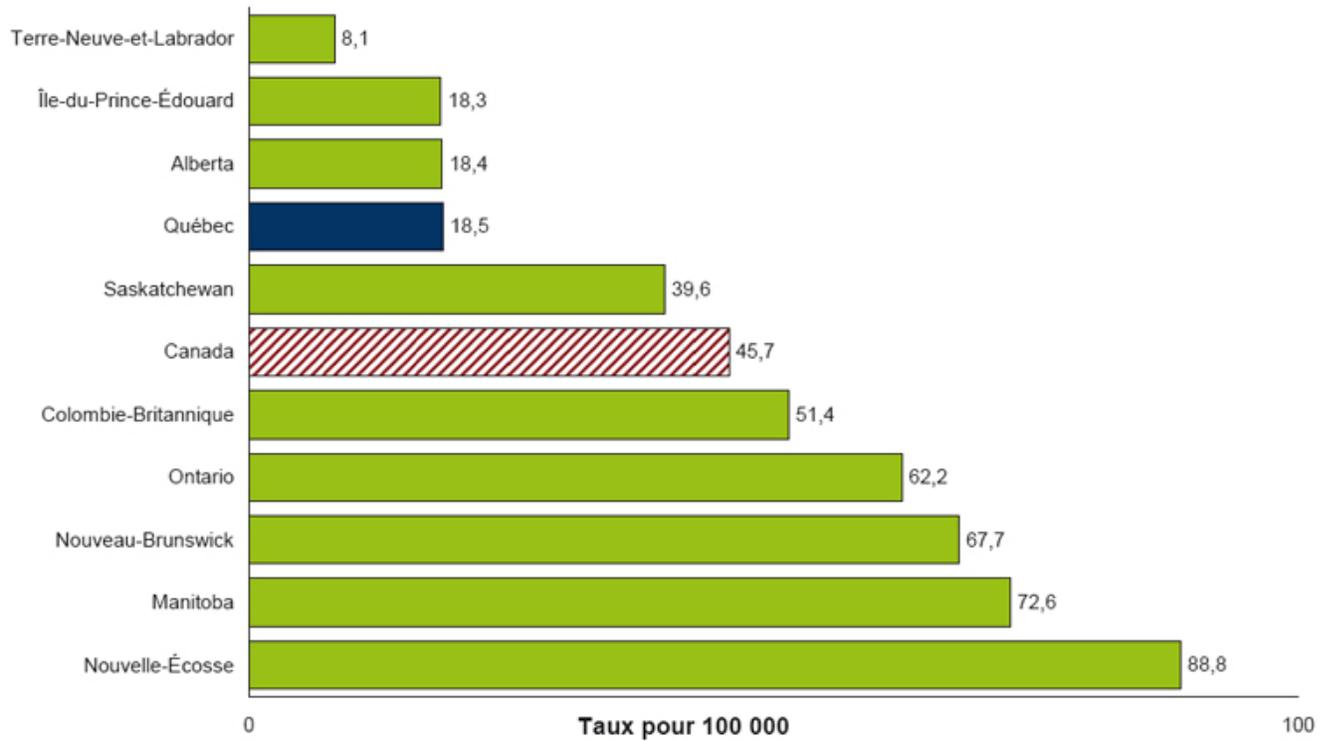
Taux de mortalité par chutes accidentelles¹ chez les 65 ans et plus, hommes, provinces canadiennes et Canada, 2004



1. Correspond à la "Définition intégrale" (Gagné et collab., 2009). Pour plus d'informations, voir la méthode de calcul.

Sources : Statistique Canada, Tableaux CANSIM 102-0551 et 109-5315.

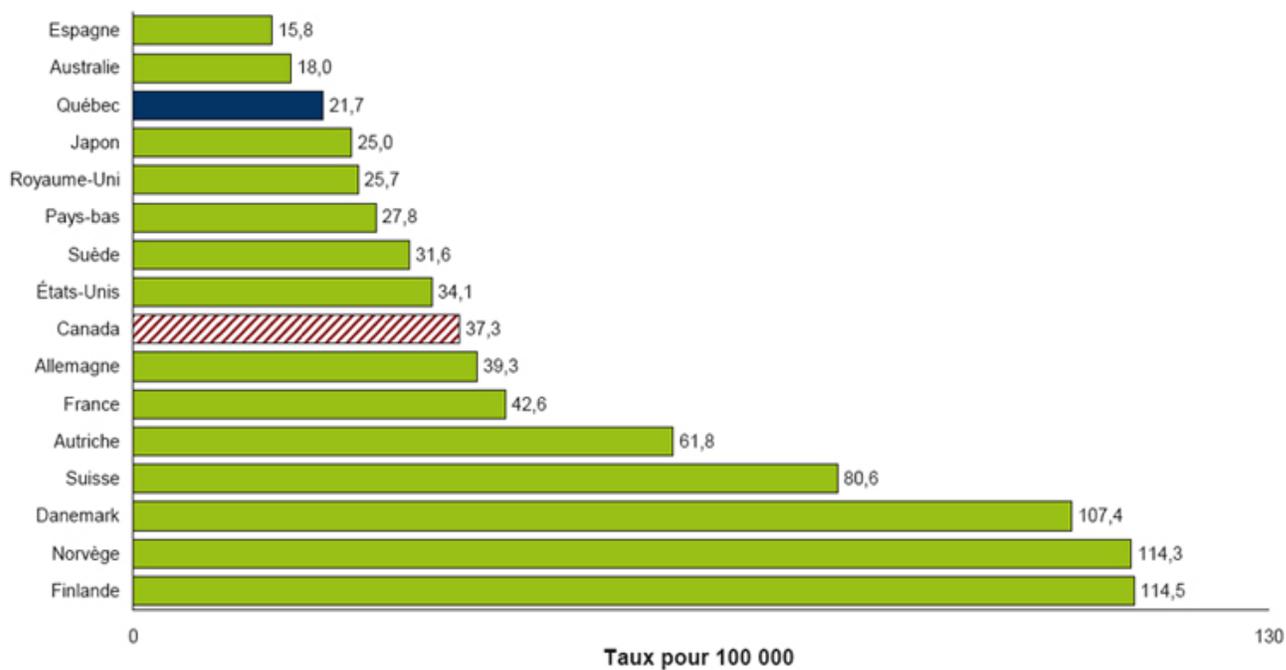
Taux de mortalité par chutes accidentelles¹ chez les 65 ans et plus, femmes, provinces canadiennes et Canada, 2004



1. Correspond à la "Définition intégrale" (Gagné et collab., 2009). Pour plus d'informations, voir la méthode de calcul.

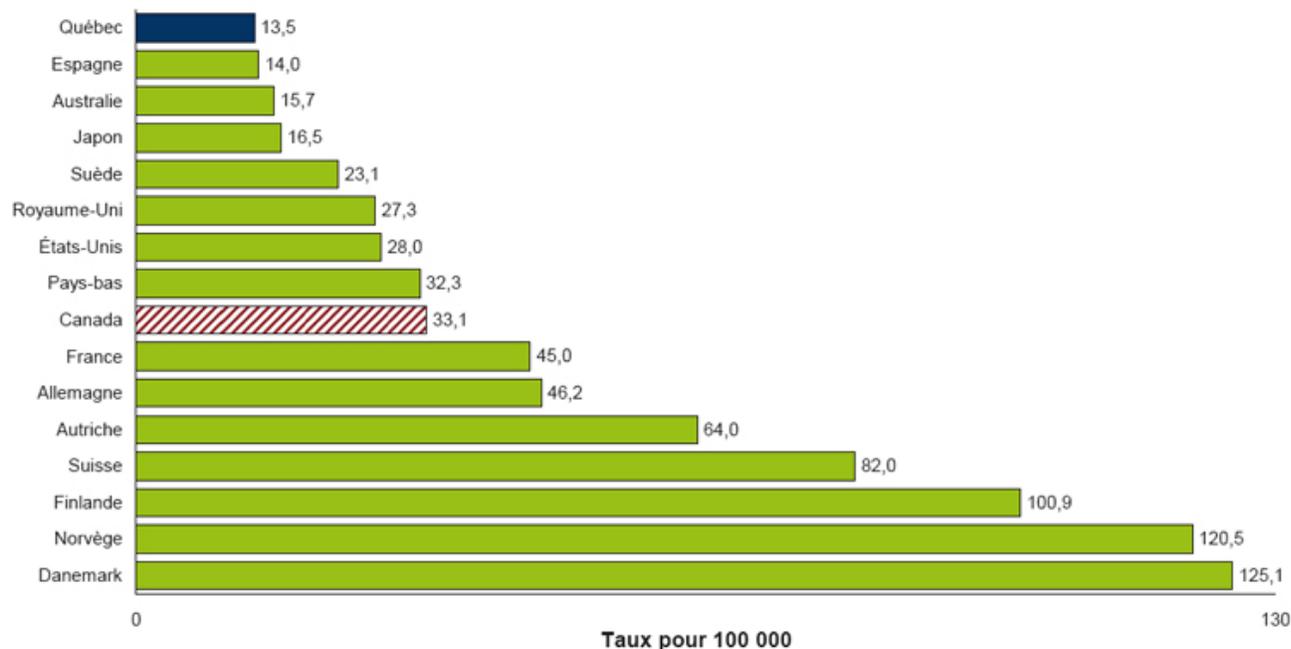
Sources : Statistique Canada, Tableaux CANSIM 102-0551 et 109-5315

Taux de mortalité par chutes accidentelles¹ chez les 65 ans et plus, hommes, Québec et pays sélectionnés, 2001



1. Taux de mortalité par chutes accidentelles¹ chez les 65 ans et plus, hommes, Québec et pays sélectionnés, 2001

Taux de mortalité par chutes accidentelles¹ chez les 65 ans et plus, femmes, Québec et pays sélectionnés, 2001



1. Taux de mortalité par chutes accidentelles¹ chez les 65 ans et plus, hommes, Québec et pays sélectionnés, 2001

Taux de mortalité par chutes accidentelles

$$\frac{\text{Nombre annuel moyen de décès par chutes accidentelles chez les 65 ans et plus}}{\text{Population totale de 65 ans et plus au milieu de la même période}} \times 100\,000$$

Taux d'hospitalisation par chutes accidentelles

$$\frac{\text{Nombre annuel moyen d'hospitalisations en soins physiques de courte durée à la suite d'une chute accidentelle chez les 65 ans et plus}}{\text{Population totale de 65 ans et plus au milieu de la même période}} \times 10\,000$$

Méthode de calcul

Il existe plusieurs indicateurs qui permettent de mesurer les chutes accidentelles chez les personnes âgées. Les plus connus sont ceux liés à la mortalité et à la morbidité. Les données portant sur la mortalité et la morbidité hospitalière sont identifiées et classées à partir de la Classification Internationale des Maladies qui a subi plusieurs révisions. Depuis 2000, nous utilisons la 10^e Révision pour classer les données de mortalité au Québec alors que le passage à la 10^e Révision s'est fait en 2006-2007 pour les données de morbidité (hospitalisations). Étant donné la disponibilité de certaines données, nous avons dû utiliser différentes définitions pour décrire l'évolution temporelle et faire des comparaisons géographiques des chutes accidentelles chez les personnes âgées.

Évolution temporelle

Un regroupement de codes est recommandé afin de permettre l'évolution temporelle de la mortalité ou de la morbidité par chutes accidentelles au Québec et ce, malgré le passage en CIM-10 en 2000.

« Définition élargie » selon Gagné et collab. (2009) :

comprend les chutes accidentelles et fractures non précisées.

CIM-9 : E880-E888

CIM-10 : W00-W19, X59¹

Comparaisons géographiques

Pour les comparaisons géographiques (internationales, interprovinciales, régionales et par CSSS) de la mortalité et la morbidité par chutes accidentelles, nous avons utilisé la « Définition intégrale » proposée par Gagné et ses collègues, (2009). Nous savons que cette définition sous-estime le nombre de chutes au Québec car elle n'inclut pas les fractures de cause non précisée. Par ailleurs, il semble que cette catégorie soit plus fréquemment utilisée au Québec, comparativement aux autres provinces canadiennes et pays industrialisés (Gagné et collab., 2009).

« Définition intégrale » selon Gagné et collab. (2009) :

comprend les chutes accidentelles.

CIM-9 : E880-E888

CIM-10 : W00-W19

Auto-déclaration des chutes accidentelles

Il existe aussi un indicateur portant sur les chutes auto-rapportées qui est calculé à partir des données d'enquête (par exemple l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes). Il s'agit des personnes de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir fait une chute (dans l'année précédant l'enquête) ayant causé une blessure suffisamment grave pour limiter leurs activités normales (Agence de santé publique du Canada, 2005).

¹ Avec n'importe quel code de fracture (S02, S12, S32, S42, S52, S62, S72, S82, S92, T02, T14.2) pour l'un des 10 diagnostics secondaires pour la CIM-10.

Note technique :

Depuis 2000, le Québec applique la 10^e Révision de la Classification Internationale des Maladies (OMS, 1993). Ce changement entraîne une brisure dans la comparaison des chutes accidentelles entre 1999 et 2000. En effet, le passage à la nouvelle classification a pour effet de relier à une autre cause de décès un pourcentage important de décès considérés auparavant comme dus à des traumatismes non intentionnels à la suite de chutes accidentelles. Les règles pour la sélection de la cause initiale du décès ont été modifiées ainsi que certains regroupements de diagnostics. Ainsi, les décès à la suite de fractures dont la cause n'était pas précisée se voyaient auparavant inclus avec les chutes, même si celle-ci ne figurait pas explicitement sur le certificat de décès (CIM-9). Ces décès sont désormais exclus de la catégorie « chute » et classés dans la catégorie X59 « Exposition à des facteurs, sans précision », ce qui entraîne une diminution du nombre de cas de décès attribués à une chute. Cette sous-estimation est évaluée à près de 50 % pour la mortalité canadienne (Statistique Canada, 2005). Or l'étude de ces regroupements a révélé que le Québec compte une proportion exceptionnellement élevée de cas codifiés *décès à la suite d'une exposition à un facteur non précisé (X59) causant une fracture* (au-delà de 70 % ; Gagné et collab., 2009, Figure 3).

Source : Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, gouvernement du Québec, 659 p.



Taux de mortalité et d'hospitalisation par chutes accidentelles¹ chez les 65 ans et plus, Québec, RSS et CSSS, 2000-2004

	Mortalité			Hospitalisations				Mortalité			Hospitalisations		
	N	*	Taux	N		Taux		N	*	Taux	N		Taux
Bas-Saint-Laurent	23	*	14,5	2 258		142,0	Abitibi-Témiscamingue	29	*	34,0	1 237		145,0
CSSS de Rimouski-Neigette	6	**	16,3	424		114,8	CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	0	**	0,0	31	*	162,3
CSSS de la Mitis	1	**	11,3	126		76,2	CSSS du Lac-Témiscamingue	3	**	78,0	188		205,6
CSSS de Matane	2	**	24,5	366		202,3	CSSS de Rouyn-Noranda	13	*	132,6	324		139,7
CSSS de la Matapédia	0	**	0,0	349		221,8	CSSS des Aurores-Boréales	1	**	15,4	261		170,7
CSSS des Basques	4	**	25,4	85		86,9	CSSS les Eskers de l'Abitibi	8	**	61,5	134		103,0
CSSS de Témiscouata	4	**	22,7	261		147,8	CSSS de la Vallée-de-l'Or	4	**	17,6	283		124,4
CSSS de Rivière-du-Loup	1	**	8,0	294		116,6	Côte-Nord	9	**	18,3	716		145,4
CSSS de Kamouraska	5	**	26,1	345		180,4	CSSS de la Haute-Côte-Nord	1	**	19,5	140		169,7
Saguenay - Lac-Saint-Jean	43		23,8	2 214		122,6	CSSS de Manicouagan	3	**	17,6	235		137,9
CSSS Cléophas-Claveau	2	**	36,3	192		133,1	CSSS de Port-Cartier	0	**	0,0	42		119,5
CSSS de Chicoutimi	17	*	34,6	537		109,4	CSSS de Sept-Îles	2	**	15,2	196		149,2
CSSS de Jonquière	12	*	27,5	501		114,6	CSSS de l'Hématite	1	**	3333,3	5	**	340,1
CSSS Domaine-du-Roy	4	**	47,9	246		117,4	CSSS de la Minganie	2	**	49,8	65		161,7
CSSS Maria-Chapelaine	2	**	27,5	259		147,7	CSSS de la Basse-Côte-Nord	0	**	0,0	26	*	88,3
CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	6	**	17,2	479		137,2	CLSC Naskapi	0	**	0,0	2	**	666,7
Capitale-Nationale	82		17,6	6 360		136,8	Nord-du-Québec	1	**	86,6	56		121,5
CSSS de Portneuf	7	**	19,0	425		115,3	Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	21	*	27,0	1 249		160,8
CSSS de la Vieille-Capitale	57		23,1	3 690		149,5	CSSS de la Baie-des-Chaleurs	14	*	50,9	355		129,1
CSSS de Québec-Nord	15	*	9,6	1 899		121,4	CSSS du Rocher-Percé	2	**	13,6	190		128,9
CSSS de Charlevoix	3	**	12,2	341		138,4	CSSS de la Côte-de-Gaspé	1	**	14,8	255		164,3
Mauricie et Centre-du-Québec	60		16,3	4 728		128,3	CSSS des Îles	3	**	76,1	120		132,2
CSSS du Haut-Saint-Maurice	2	**	45,6	205		188,9	CSSS de la Haute-Gaspésie	1	**	20,8	277		255,4
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	4	**	42,3	246		116,4	Chaudière-Appalaches	41		16,0	3 351		131,0
CSSS de l'Énergie	12	*	18,6	844		130,8	CSSS des Etchemins	1	**	12,1	189		128,8
CSSS de Maskinongé	1	**	9,8	244		140,0	CSSS du Grand Littoral	21	*	17,0	1 601		129,7
CSSS de Trois-Rivières	25	*	24,8	1 026		101,9	CSSS de Beauce	8	**	19,2	560		134,1
CSSS de Bécancour - Nicolet-Yamaska	5	**	14,4	500		143,5	CSSS de la région de Thetford	1	**	4,4	504		126,5
CSSS Drummond	4	**	6,9	829		143,7	CSSS de Montmagny-L'Islet	10	*	27,7	495		136,9
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	7	**	25,7	830		134,9	Laval	25	*	10,6	2 455		104,3
Estrie	42		20,3	3 130		151,1	CSSS de Laval	25	*	10,6	2 455		104,3
CSSS du Granit	4	**	55,3	258		159,0	Lanaudière	30	*	13,8	2 280		105,0
CSSS des Sources	5	**	77,0	242		178,3	CSSS du Nord de Lanaudière	17	*	12,9	1 421		108,1
CSSS du Haut-Saint-François	3	**	44,5	183		120,2	CSSS du Sud de Lanaudière	13	*	15,2	856		99,8
CSSS du Val-Saint-François	2	**	10,7	216		115,5	Laurentides	37	*	14,0	3 511		132,7
CSSS de la MRC-de-Coaticook	2	**	15,5	124		96,0	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	3	**	6,9	678		155,8
CSSS de Memphrémagog	5	**	35,8	448		130,8	CSSS de Saint-Jérôme	13	*	20,6	723		114,6
CSSS - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	21	*	21,8	1 655		172,0	CSSS de Thérèse-De Blainville	4	**	8,1	677		136,5
Montréal	265		19,0	16 176		115,8	CSSS d'Antoine-Labelle	3	**	19,0	219		85,8
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	20	*	16,4	1 159		94,9	CSSS des Pays-d'en-Haut	5	**	17,6	372		130,7
CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	15	*	13,7	1 158		105,9	CSSS des Sommets	5	**	16,2	451		146,0
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	16	*	16,9	1 288		136,2	CSSS d'Argenteuil	4	**	17,0	375		159,3

	Mortalité			Hospitalisations				Mortalité			Hospitalisations		
	N	*	Taux	N	*	Taux		N	*	Taux	N	*	Taux
CSSS de la Pointe-de-l'Île	10	*	7,4	1 303		96,7	Montérégie	156		20,3	9 152		119,1
CSSS Lucille-Teasdale	17	*	11,7	1 547		106,6	CSSS du Haut-Saint-Laurent	1	**	12,8	302		169,5
CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	12	*	12,1	847		85,3	CSSS du Suroît	10	*	22,8	497		113,3
CSSS de la Montagne	31	*	18,6	2 146		129,0	CSSS Jardins-Roussillon	10	*	11,5	975		112,5
CSSS Cavendish	27	*	24,3	1 778		159,9	CSSS Champlain	28	*	24,3	1 053		91,3
CSSS Jeanne-Mance	31	*	41,4	986		131,7	CSSS Pierre-Boucher	29	*	24,5	1 354		114,6
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	34	*	29,0	1 414		120,8	CSSS Haut-Richelieu-Rouville	16	*	17,5	1 168		127,9
CSSS du Coeur-de-l'Île	19	*	25,8	838		113,7	CSSS Richelieu-Yamaska	26	*	23,2	1 721		153,6
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-nord	33	*	22,3	1 652		111,5	CSSS de Sorel-Tracy	11	*	27,2	492		121,5
Outaouais	33	*	19,4	1 843		108,4	CSSS la Pommeraie	6	**	15,5	449		115,7
CSSS de Gatineau	20	*	20,5	972		99,6	CSSS de la Haute-Yamaska	10	*	19,1	626		119,7
CSSS du Pontiac	0	**	0,0	115		73,2	CSSS de Vaudreuil-Soulanges	9	**	17,5	478		92,9
CSSS des Collines	0	**	0,0	90		103,8	Nunavik	0	**	0,0	19	*	130,1
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	6	**	38,3	180		115,0	Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	**	64,7	18	*	66,3
CSSS de Papineau	7	**	21,7	420		130,0	Ensemble du Québec	898		18,3	60 753		123,7

1. Correspond à la "Définition intégrale" (Gagné et al., 2009). Pour plus d'informations, voir la méthode de calcul.
Sources : Fichiers des décès, MSSS ; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS ; Service du développement de l'information, version février 2005, MSSS.

Légende :

 Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec au seuil de 5 %, ajusté pour les comparaisons multiples selon les 95 RLS pour les tests sur les RLS, et selon les 18 régions disponibles pour le test du total de la région.

 Valeur significativement plus faible que celle du reste du Québec au seuil de 5 %, ajusté pour les comparaisons multiples selon les 95 RLS pour les tests sur les RLS, et selon les 18 régions disponibles pour le test du total de la région.

 Pas de différence significative avec le reste du Québec au seuil de 5 %, ajusté pour les comparaisons multiples selon les 95 RLS pour les tests sur les RLS, et selon les 18 régions disponibles pour le test du total de la région.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

