

Juin 2007

 **Les chutes accidentelles en Abitibi-Témiscamingue :
aperçu de la morbidité hospitalière en 2004-2005
et de la mortalité en 2003**

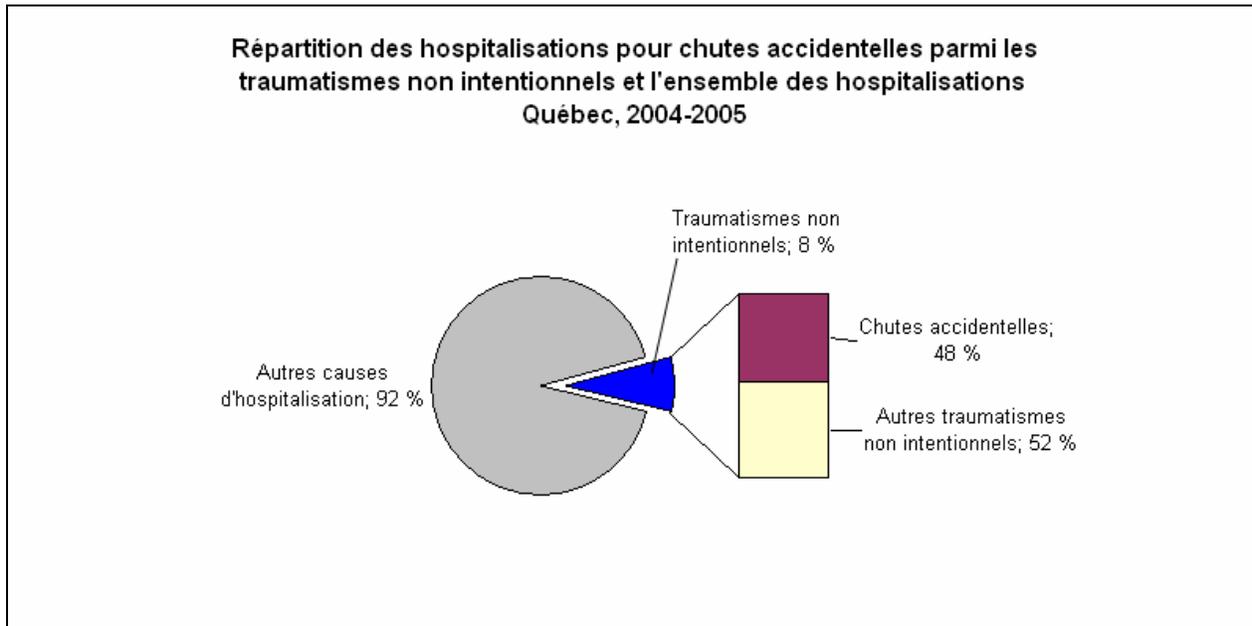
SOMMAIRE

Quelques mots sur les chutes accidentelles	2
La morbidité hospitalière liée aux chutes accidentelles.....	5
Tendance générale au Québec et dans la région	5
Comparaisons avec le Québec et les autres régions	8
Les hospitalisations selon le sexe et l'âge	10
La situation dans les territoires de réseaux locaux de services	11
La mortalité par chutes accidentelles	15
Tendances générales au Québec et en Abitibi-Témiscamingue.....	15
En résumé... ..	18

QUELQUES MOTS SUR LES CHUTES ACCIDENTELLES

Les traumatismes non intentionnels comprennent les chutes accidentelles, les traumatismes routiers, les noyades, les intoxications, les brûlures et les blessures liées aux activités sportives. Au Québec, ils se situent au cinquième rang des principales causes d'hospitalisation en courte durée pour l'année financière 2004-2005 (figure 1), avec 8 % de l'ensemble des hospitalisations. Plus particulièrement, les chutes accidentelles représentent 48 % des hospitalisations dans l'ensemble des traumatismes non intentionnels. Elles constituent la catégorie qui croît le plus rapidement parmi les traumatismes non intentionnels depuis 1990¹.

FIGURE 1

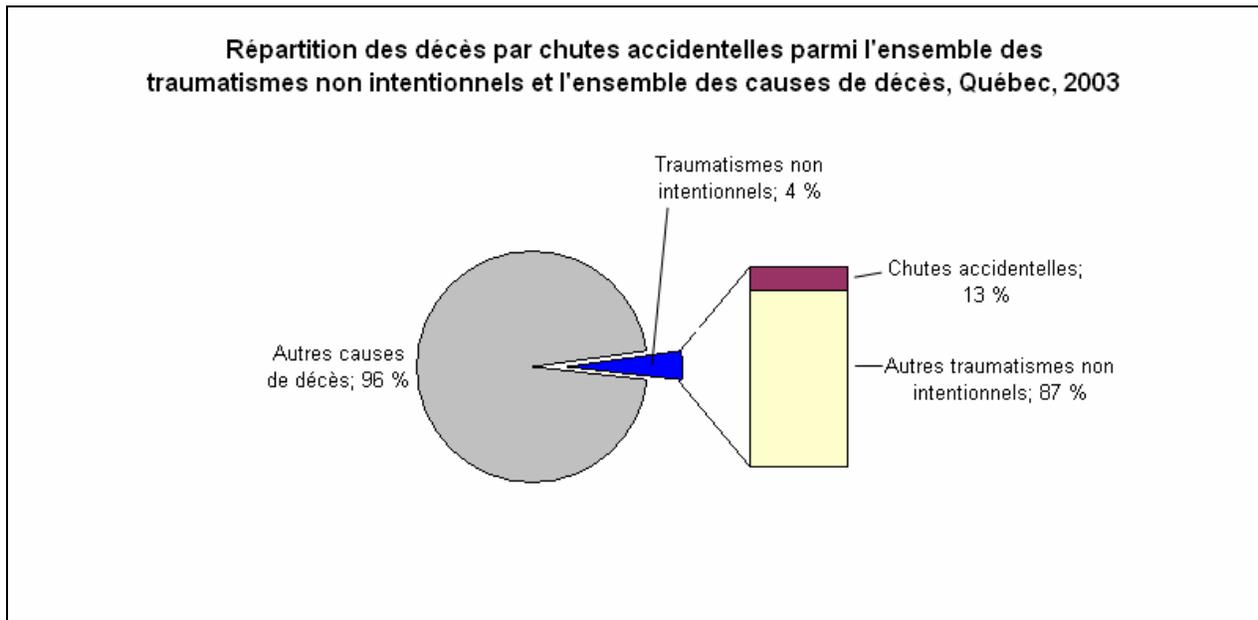


Source : MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2004-2005

Toujours au Québec, les traumatismes non intentionnels sont au quatrième rang des principales causes de mortalité en 2003 (figure 2) avec 4 % de l'ensemble des décès. Les chutes accidentelles représentent 13 % des décès dans l'ensemble des traumatismes non intentionnels.

1. INSPQ (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006. Les analyses*, Québec, Gouvernement du Québec, page 66.

FIGURE 2



Source : MSSS, fichier des décès, 2003

Chez les auteurs traitant des chutes accidentelles, il n'existe pas de définition précise du phénomène. Ainsi, certains qualifient de chute le fait qu'un individu se retrouve involontairement sur le sol ou à un niveau plus bas², ou encore comme « l'action de tomber au sol indépendamment de sa volonté »³. Sur le plan physiologique, la chute est décrite comme « l'incapacité des mécanismes posturaux du corps à conserver la position debout en présence d'influences déstabilisatrices internes ou externes »⁴.

2. BEAULNE, Ginette (1991). *Traumatismes au Québec: comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec, page 135.

3. BOURDESSOL, Hélène et Stéphanie Pin (2005). *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*, Éditions Inpes, page 37.

4. BEAULNE, Ginette (1991). *Op.cit.*, page 135.

La catégorisation des hospitalisations et des décès reflète également un manque de précision. Ainsi, la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé permet d'identifier différents types de chute (par exemple d'un escalier, d'une échelle, d'un bâtiment, dans un trou, etc.). Or, de 1997 à 1999, 38 % des hospitalisations et 75 % des décès attribuables à une chute étaient classés dans la catégorie « non précisé »⁵. Il s'avère donc difficile de présenter les chutes accidentelles autrement que de façon globale.

Néanmoins, l'analyse en fonction de l'âge permet de relever certaines particularités. En effet, les jeunes de moins de 15 ans chutent davantage d'un palier, donc d'une hauteur quelconque. Chez les moins de 5 ans, les chutes ont souvent lieu à l'intérieur des maisons, dans un escalier par exemple. De 5 à 9 ans, elles surviennent généralement à l'extérieur, d'un équipement de terrain de jeu ou d'un arbre alors que chez les plus de 9 ans, elles se produisent principalement lors d'activités sportives. En ce qui concerne les personnes âgées, celles-ci chutent plus souvent du sol et non d'un palier élevé. À cet âge, les chutes découlent d'une combinaison de facteurs de risque liés à l'état de santé de l'individu (maladies chroniques se manifestant par des incapacités par exemple), à ses comportements (ne pas porter ses lunettes ou descendre un escalier sans tenir la rampe) et à son environnement (éclairage insuffisant, surfaces inégales etc.)⁶.

5. HAMEL, Denis (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, INSPQ, pages 151 et 158. Notons que pour l'année financière 2004-2005, 37 % des hospitalisations pour chutes accidentelles au Québec sont « non-précisées », tout comme 42 % des décès en 2003.

6. BEAULNE, Ginette (1991). *Traumatismes au Québec: comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec, pages 136 à 148.

LA MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE LIÉE AUX CHUTES ACCIDENTELLES

Les données de morbidité hospitalière⁷ ne reflètent qu'une proportion des chutes. Ainsi, plusieurs d'entre elles n'entraînent que des blessures légères, comme des contusions ou des coupures, ne nécessitant aucune hospitalisation. Chez les personnes âgées, en particulier, les chutes ne sont pas toujours déclarées à un médecin en raison des pertes de mémoire ou du besoin psychologique de nier la diminution de ses capacités physiques⁸. Par exemple, selon les estimations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), 30 % des personnes âgées de 65 ans ou plus au Québec auraient fait une chute en 1998. Parmi celles-ci, 17 % auraient consulté un médecin suite à l'accident et 4 % auraient été hospitalisées⁹. Enfin, comme les hospitalisations sont des données administratives traduisant les ressources affectées au traitement des blessures, les taux selon les diverses régions et territoires peuvent également refléter des différences dans la disponibilité des ressources¹⁰.

Tendance générale au Québec et dans la région

Depuis les années 1980, le taux d'hospitalisation¹¹ en courte durée pour les chutes accidentelles connaît une hausse graduelle et constante au Québec. Au début des années 1980, il se situait à 253 hospitalisations pour 100 000 personnes. Dans les années 1990, il oscillait entre 270 et 280 hospitalisations pour 100 000¹².

Il a poursuivi son ascension dans les années 2000 pour atteindre 363 hospitalisations pour 100 000 en 2004-2005, ce qui correspond à près de 27 400 hospitalisations pour chutes accidentelles. Durant la période 2000-2001 à 2004-2005, la durée moyenne de séjour lors d'une hospitalisation varie de 14 à 15 jours.

7. Les données d'hospitalisation concernent toujours les résidents d'un territoire donné, quel que soit l'endroit au Québec où ces derniers ont pu être hospitalisés.

8. BEAULNE, Ginette (1991). *Traumatismes au Québec: comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec, pages 136 et 142.

9. BOURDESSOL, Hélène et Stéphanie Pin (2005). *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*, Éditions Inpes, page 39; l'ISQ a utilisé les données de l'Enquête Sociale et de santé (ESS) 1998.

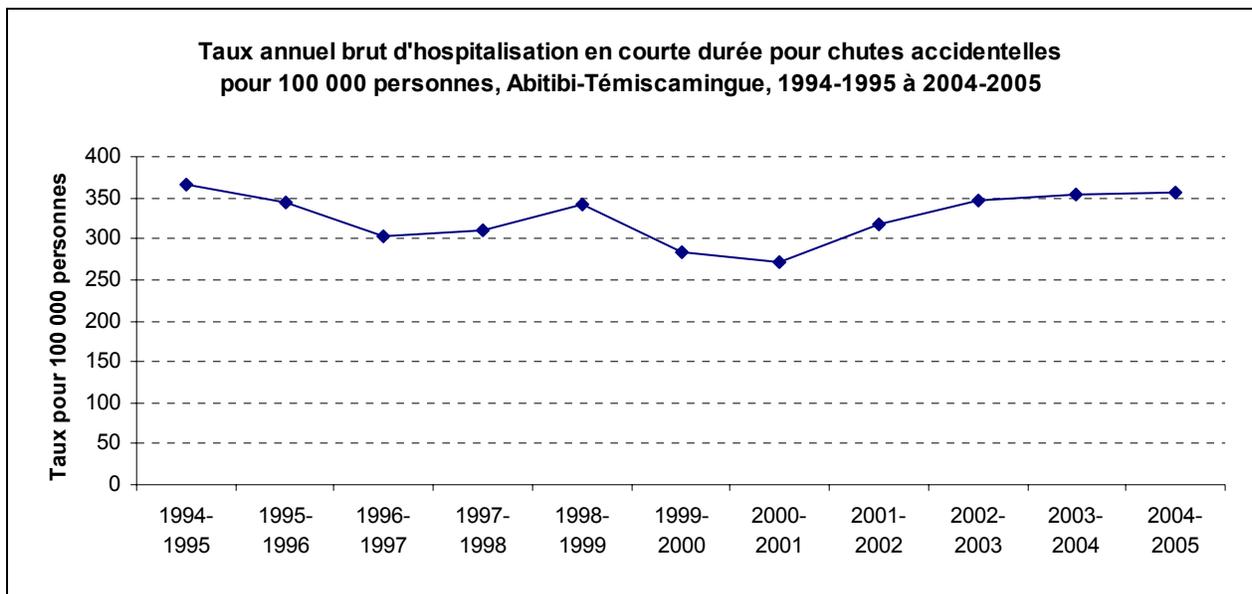
10. INSPQ (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006. Les analyses*, Québec, Gouvernement du Québec, page 64.

11. Contrairement aux décès (voir page 15), les hospitalisations sont classées uniquement à l'aide de la 9^e Révision de la CIM.

12. HAMEL, Denis (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, INSPQ, page 154.

Contrairement au Québec, le taux d'hospitalisation en Abitibi-Témiscamingue a subi une légère baisse de 1994-1995 à 2000-2001, passant de 366 à 272 hospitalisations pour 100 000 personnes (figure 3). Par la suite, il a remonté jusqu'à 346 pour 100 000 en 2002-2003, pour ensuite se stabiliser à près de 355 pour les deux années financières suivantes. En 2004-2005, cela représente 517 hospitalisations pour chutes accidentelles dans la région.

FIGURE 3

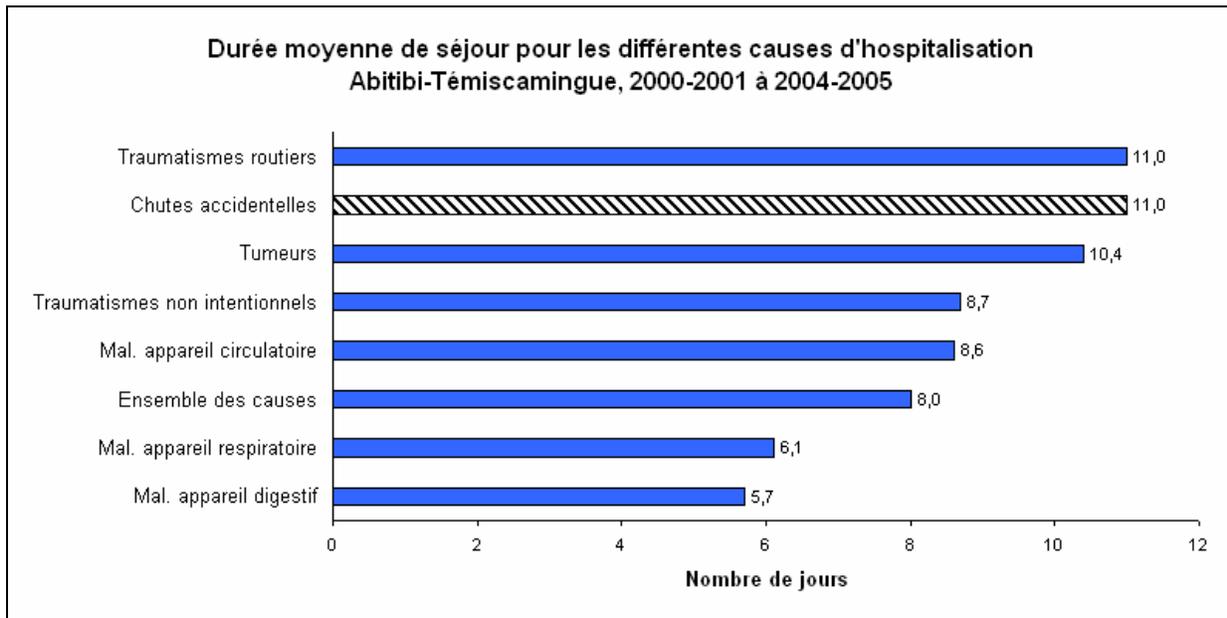


Sources: MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 1994-1995 à 2004-2005

Statistique Canada, estimations de la population produites en décembre 2005

Durant la période 2000-2001 à 2004-2005, la durée moyenne de séjour lors d'une hospitalisation se situe entre 10 et 12 jours, ce qui est légèrement moins long qu'au Québec. En 2004-2005, elle est précisément de 11,2 jours en moyenne par hospitalisation.

FIGURE 4



Source : MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2000-2001 à 2004-2005

Comme l'illustre bien la figure 4, la durée moyenne de séjour par hospitalisation pour chutes accidentelles est l'une des plus longues parmi les grandes causes d'hospitalisation en Abitibi-Témiscamingue. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une majorité d'hospitalisations surviennent chez les personnes âgées de 65 ans ou plus; en fait, pour la période 2000-2001 à 2004-2005, c'est le cas d'un peu plus d'une hospitalisation sur deux (53 %) en moyenne dans la région. Or, les personnes âgées sont en général plus fragiles physiquement et les chutes entraînent souvent à cet âge des fractures de la hanche, un traumatisme nécessitant une longue convalescence¹³ dont une partie se vit à l'hôpital.

13. Kino-Québec (2002). *L'activité physique : déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*, Gouvernement du Québec, page 16.

Comparaisons avec le Québec et les autres régions

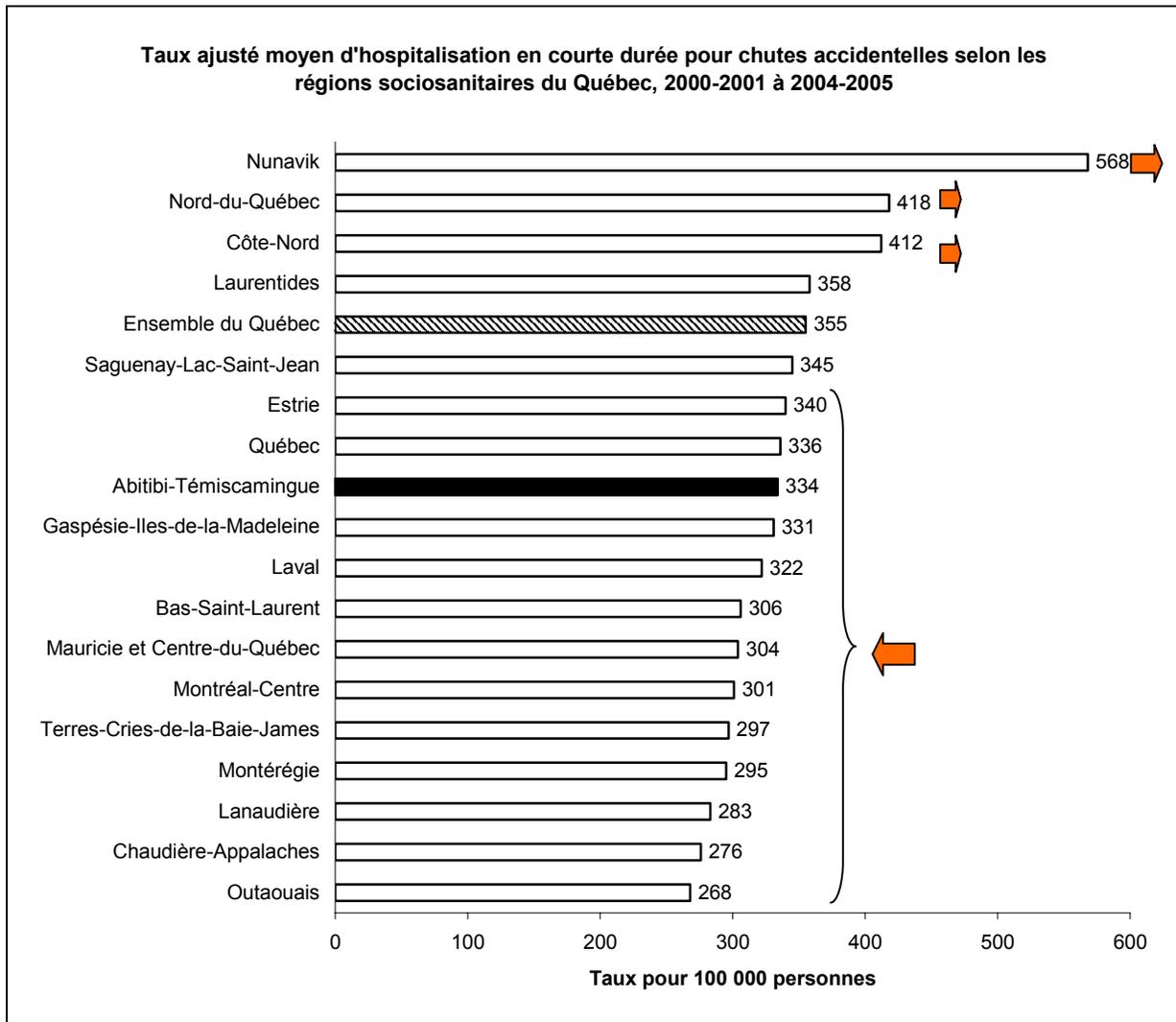
Pour la période 2000-2001 à 2004-2005, l'Abitibi-Témiscamingue détient le huitième rang des régions sociosanitaires en ce qui a trait au taux ajusté annuel moyen¹⁴ d'hospitalisation pour chutes accidentelles, soit 334 hospitalisations pour 100 000 personnes (figure 5). Ce taux est significativement inférieur au taux québécois de référence qui se situe à 355 pour 100 000. L'Abitibi-Témiscamingue compte donc relativement 6 % moins d'hospitalisations pour chutes accidentelles qu'au Québec.

Comme l'Abitibi-Témiscamingue, plusieurs régions se distinguent également par des bas taux d'hospitalisation pour chutes accidentelles: l'Estrie (340 hospitalisations pour 100 000 personnes), la région de Québec (336), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (331), Laval (322), Bas-Saint-Laurent (306), Mauricie et Centre-du-Québec (304), Montréal-Centre (301), Terres-Cries-de-la-Baie-James (297), Montérégie (295), Lanaudière (283), Chaudière-Appalaches (276) et l'Outaouais (268). Les taux dans ces régions sont significativement inférieurs au taux québécois de référence (355). On y observe donc moins d'hospitalisations pour chutes accidentelles comparativement à l'ensemble du Québec. Pour leur part, les régions des Laurentides et du Saguenay-Lac-Saint-Jean possèdent des taux comparables au taux québécois de référence, soit 358 et 345 pour 100 000 respectivement.

Enfin, trois régions ont des taux significativement supérieurs au taux de référence. Il s'agit du Nunavik (568), du Nord-du-Québec (418) et de la Côte-Nord (412). Toutefois, en ce qui concerne le Nunavik et le Nord-du-Québec, le petit nombre d'hospitalisations en cause (une moyenne de 40 et 51 par année respectivement) invite à la prudence dans l'interprétation de ces taux.

14. L'utilisation d'un taux ajusté est nécessaire pour effectuer des comparaisons entre des territoires ayant des populations avec des structures d'âge différentes. Il permet ainsi d'éliminer l'effet attribuable à ces différences. Le taux est ajusté selon la méthode de standardisation directe avec la population du Québec de 1996 comme population de référence.

FIGURE 5



Les flèches indiquent si le taux dans une région est significativement différent sur le plan statistique du taux de référence pour l'ensemble du Québec (← = inférieur ; → = supérieur)

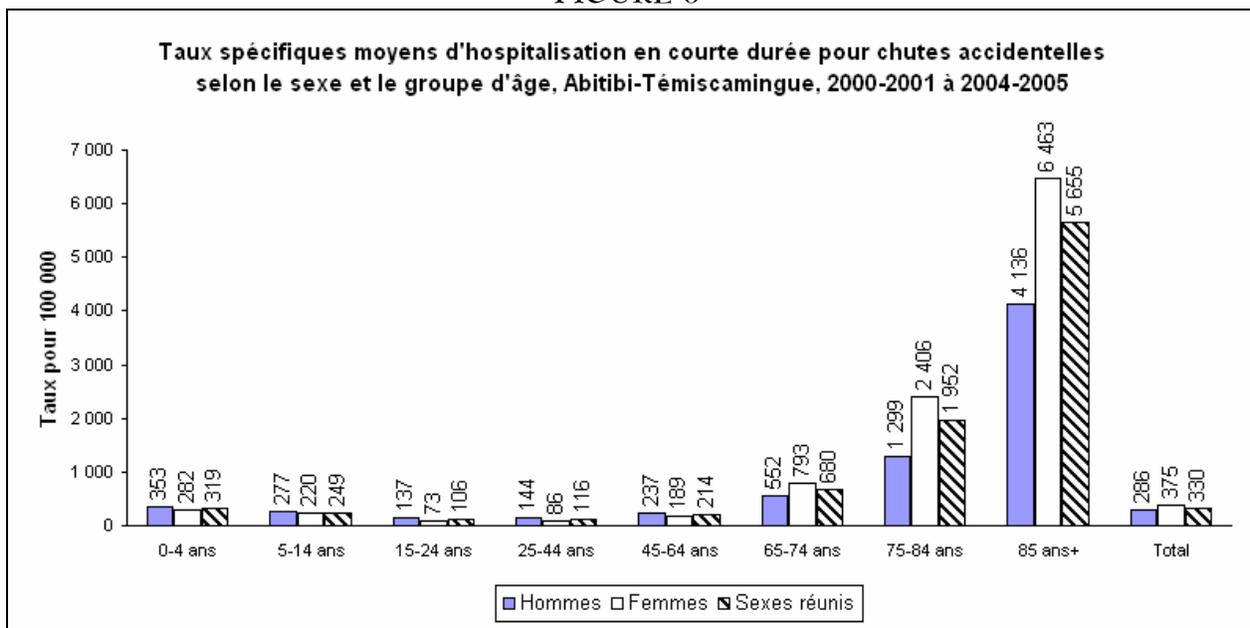
Sources : MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2000-2001 à 2004-2005

Statistique Canada, estimations de la population produites en décembre 2005

Les hospitalisations selon le sexe et l'âge

Comme au Québec, les hospitalisations pour chutes accidentelles surviennent davantage chez les personnes âgées de 65 ans ou plus en Abitibi-Témiscamingue. Chez les hommes et les femmes réunis, le taux annuel moyen augmente environ du triple d'un groupe d'âge à l'autre, s'établissant à 680 pour 100 000 personnes âgées de 65 à 74 ans, à 1 952 chez celles de 75 à 84 ans et même à 5 655 chez les individus de 85 ans ou plus (figure 6). En comparaison, le taux oscille entre 106 et 319 chez les individus de moins de 65 ans, les taux les plus élevés se retrouvant chez les 0-4 ans (319) et les 5-14 ans (249). Cette tendance s'observe autant chez les hommes que chez les femmes séparément.

FIGURE 6



Sources: MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2000-2001 à 2004-2005

Statistique Canada, estimations de la population produites en décembre 2005

L'analyse en fonction du sexe expose également une différence entre les personnes âgées et les autres. Ainsi, pour tous les groupes d'âge avant 65 ans, le taux d'hospitalisation est quelque peu plus élevé chez les hommes que chez les femmes. L'écart le plus important apparaît chez les enfants de moins de 5 ans : 353 hospitalisations pour 100 000 garçons contre 282 pour 100 000 filles. À l'inverse, chez les gens de 65 ans ou plus, le taux s'avère nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes, dans un rapport de 1,5 à 1 en général. L'écart le plus grand s'observe chez les personnes âgées de 85 ans ou plus: 6 463 hospitalisations

pour 100 000 femmes comparativement à 4 136 pour 100 000 hommes. Cette tendance existe également pour l'ensemble du Québec.

Globalement, il semble que les personnes âgées de 65 ans ou plus soient davantage hospitalisées pour des chutes accidentelles, surtout les femmes. Il faut spécifier que les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes dans la population en raison de leur espérance de vie plus élevée, ce qui peut en partie expliquer cette différence.

Dans l'ensemble, le taux ajusté moyen d'hospitalisation pour chutes accidentelles chez les hommes se situe à 310 pour 100 000 en Abitibi-Témiscamingue, ce qui est significativement inférieur sur le plan statistique au taux québécois de référence (331 hospitalisations pour 100 000 hommes). Chez les femmes, le taux est de 341 pour 100 000, ce qui est comparable au taux québécois de référence (353 hospitalisations pour 100 000 femmes).

La situation dans les territoires de réseaux locaux de services

Pour la période 2000-2001 à 2004-2005, le nombre d'hospitalisations pour chutes accidentelles oscille de 412 à 517 annuellement en Abitibi-Témiscamingue, pour une moyenne de 486 hospitalisations par année. Dans les territoires des CSSS de la région (tableau 1), le nombre annuel moyen varie de 9 dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa à 132 dans celui de Rouyn-Noranda.

TABLEAU 1

Nombre annuel moyen d'hospitalisations pour chutes accidentelles
selon les territoires des CSSS, région Abitibi-Témiscamingue,
2000-2001 à 2004-2005

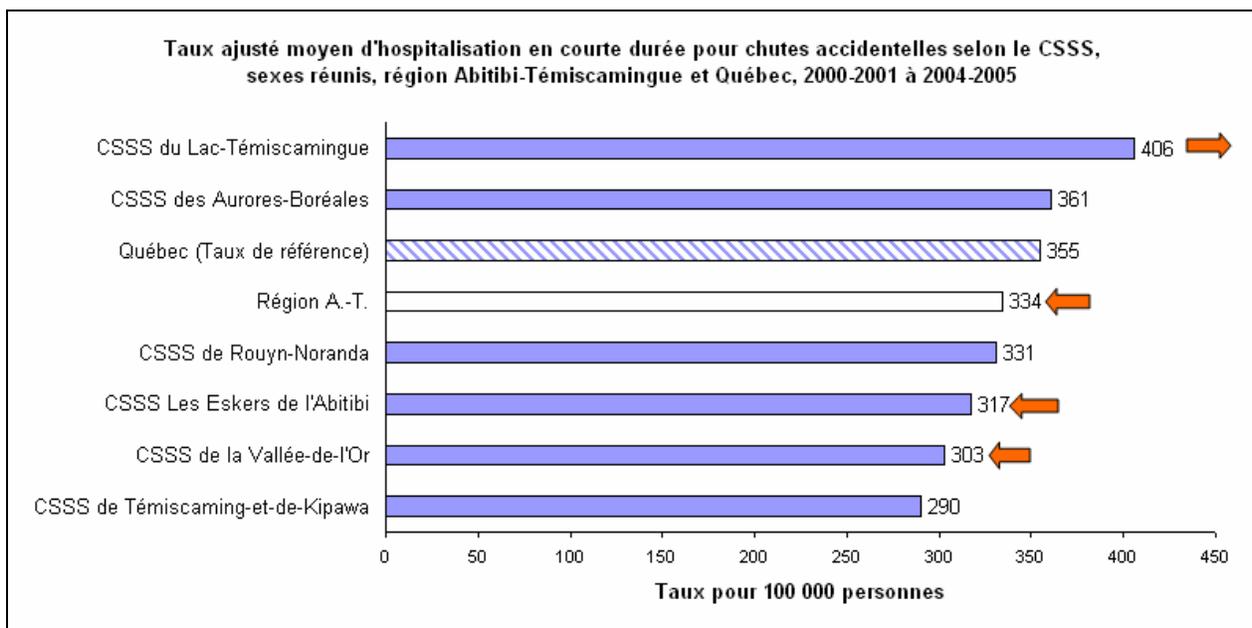
Territoire de CSSS	Nombre moyen		
	Hommes	Femmes	Total*
Rouyn-Noranda	55	76	132
Vallée-de-l'Or	52	69	121
Aurores-Boréales	38	50	87
Les Eskers de l'Abitibi	41	35	75
Lac-Témiscamingue	22	39	61
Témiscaming-et-de-Kipawa	4	5	9
Région Abitibi-Témiscamingue	212	274	486

* Les totaux ne correspondent pas toujours à la somme des parties en raison de l'arrondissement des nombres

Source : MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2000-2001 à 2004-2005

En ce qui a trait au taux ajusté moyen d'hospitalisation pour chutes accidentelles, le territoire de CSSS du Lac-Témiscamingue se distingue avec le plus élevé, sexes réunis, soit 406 hospitalisations pour 100 000 personnes (figure 7). Il s'agit d'un taux significativement supérieur au taux québécois de référence, qui s'établit à 355 pour 100 000. Il y a donc relativement plus d'hospitalisations pour chutes accidentelles dans ce territoire par rapport à l'ensemble de la province. Précisons que dans ce territoire, 66 % des hospitalisations sont survenues chez des personnes âgées de 65 ans ou plus durant cette période, alors que la part de ce groupe d'âge est plus faible dans les autres territoires de la région, soit entre 38 et 62 %. Suivent ensuite les territoires des CSSS des Aurores-Boréales et de Rouyn-Noranda, avec respectivement 361 et 331 hospitalisations pour 100 000. Ces taux sont comparables au taux québécois de référence. Le territoire de CSSS Les Eskers de l'Abitibi (317 pour 100 000) et celui de la Vallée-de-l'Or (303) ont pour leur part un taux significativement inférieur à l'ensemble du Québec. Enfin, le taux le plus bas se retrouve dans le territoire de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa, 290 pour 100 000, pour lequel on ne détecte pas de différence statistique significative. Toutefois, les données sous-estiment probablement la réalité puisque les hospitalisations hors Québec ne sont pas incluses et qu'une partie des résidents de ce territoire vont chercher des services en Ontario, en raison de la proximité géographique.

FIGURE 7



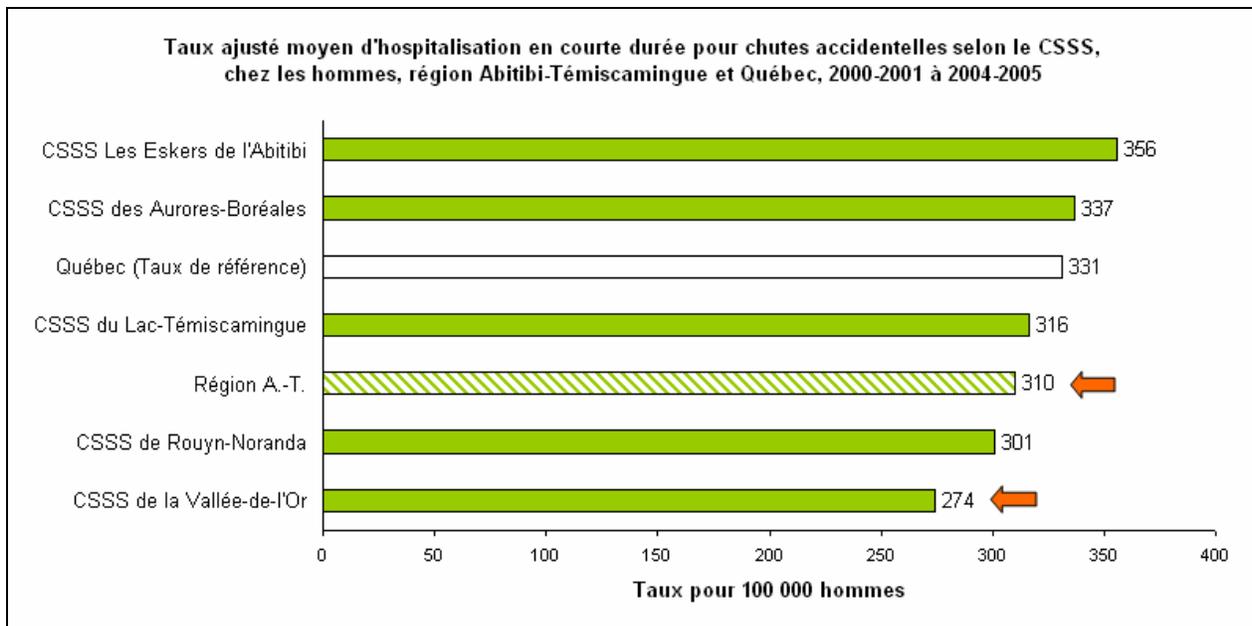
Les flèches indiquent si le taux dans un territoire est significativement différent sur le plan statistique du taux de référence pour l'ensemble du Québec (← = inférieur ; → = supérieur)

Sources: MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2000-2001 à 2004-2005

Statistique Canada, estimations de la population produites en décembre 2005

Chez les hommes (figure 8), parmi les territoires des CSSS de la région, Les Eskers de l'Abitibi possède le taux le plus élevé, 356 hospitalisations pour 100 000 hommes, suivi par celui des Aurores-Boréales (337), du Lac-Témiscamingue (316) et de Rouyn-Noranda (301). Malgré les écarts observés avec le taux québécois de référence (331), les différences ne s'avèrent pas significatives sur le plan statistique. Seul le territoire de CSSS de la Vallée-de-l'Or détient un taux significativement inférieur, 274 pour 100 000 hommes, ce qui signifie qu'il y a proportionnellement moins d'hospitalisations pour chutes accidentelles dans ce territoire comparativement à l'ensemble du Québec.

FIGURE 8



Les flèches indiquent que le taux dans un territoire est significativement inférieur sur le plan statistique par rapport au taux de référence pour l'ensemble du Québec. Le taux pour le CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa est absent en raison du coefficient de variation élevé, découlant des faibles effectifs dans ce territoire

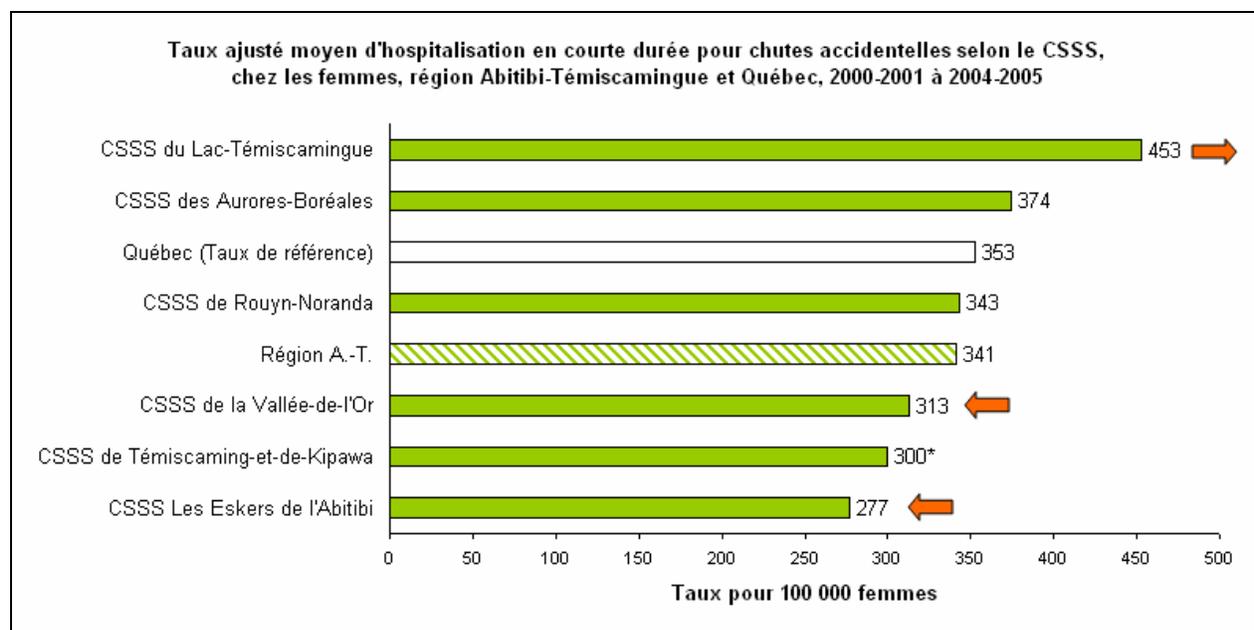
Sources : MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2000-2001 à 2004-2005

Statistique Canada, estimations de la population produites en décembre 2005

Chez les femmes (figure 9), le territoire de CSSS du Lac-Témiscamingue détient le taux le plus élevé, 45 hospitalisations pour 100 000 femmes, un taux supérieur au taux québécois de référence. Il y a donc proportionnellement plus d'hospitalisations pour chutes accidentelles chez les femmes dans ce territoire comparativement au Québec. Suivent ensuite le territoire de CSSS des Aurores-Boréales (374) et celui de Rouyn-Noranda (343) avec des taux comparables au taux de référence.

Le territoire de la Vallée-de-l'Or et Les Eskers de l'Abitibi ont respectivement des taux de 313 et 277 hospitalisations pour 100 000 femmes, taux significativement inférieurs au taux québécois de référence. Enfin, notons que le territoire de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa possède un taux de 300 pour 100 000. Toutefois, en raison du faible nombre de cas, il est impossible d'établir une comparaison avec l'ensemble du Québec.

FIGURE 9



* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$)

Les flèches indiquent si le taux dans un territoire est significativement différent sur le plan statistique du taux de référence pour l'ensemble du Québec (← = inférieur ; → = supérieur)

Sources : MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2000-2001 à 2004-2005

Statistique Canada, estimations de la population produites en décembre 2005

LA MORTALITÉ PAR CHUTES ACCIDENTELLES

Tendance générale au Québec et en Abitibi-Témiscamingue

Au Québec, du début des années 1980 jusqu'au milieu des années 1990, le taux annuel brut de mortalité par chutes accidentelles s'est révélé relativement stable, entre 6 et 7 décès pour 100 000 personnes¹⁵. De 1996 à 1999, il s'est accru légèrement à 8 et 9 décès pour 100 000¹⁶. Jusqu'en 1999, les causes de décès étaient classées à l'aide de la 9e Révision de la CIM. Cependant, depuis l'an 2000, la 10e Révision de la CIM est utilisée, ce qui entraîne des changements :

- la CIM-10 est plus précise que la CIM-9 (8 000 catégories au lieu de 5 000);
- certaines règles de sélection et de modification de la cause initiale de décès diffèrent d'une version à l'autre;
- les tendances caractérisant les décès sont ainsi modifiées et la comparaison des données avant et après l'an 2000 ne peut donc être effectuée.

Ce changement dans la classification a des répercussions importantes sur les données de mortalité par chutes accidentelles. Plus précisément, les décès résultant de fractures dont la cause est non précisée étaient regroupés sous le code E887 « Cause non précisée de fractures » dans la CIM-9. L'équivalent de ce code n'existe pas pour le groupe des chutes accidentelles dans la CIM-10. Par conséquent, les décès résultant d'une fracture sans précision de cause externe sont classés dans d'autres catégories, entraînant du même coup une diminution importante du nombre de décès par chutes accidentelles¹⁷. Ainsi, en 1999, 652 décès liés aux chutes étaient dénombrés au Québec. En 2000, ce nombre est tombé à 211¹⁸. Le taux de mortalité est également affecté : de 9 décès pour 100 000 en 1999, il a chuté à 3 pour 100 000 en 2000, comme l'illustre bien la figure 7. Il existe donc « une importante sous-estimation des chutes », à un tel point que des modifications dans la classification pourraient être

15. HAMEL, Denis (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, INSPQ, page 147.

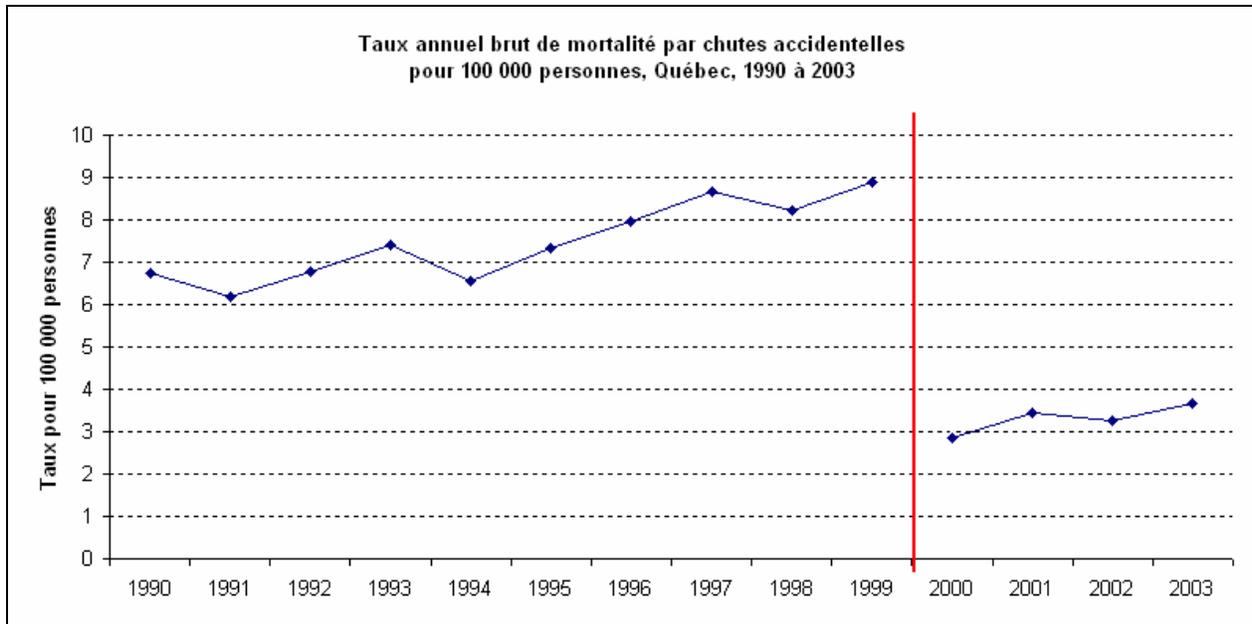
16. MSSS, fichier des décès 1996 et 1999.

17. Statistique Canada (2005). *Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada*, Ottawa, Division de la statistique de la santé, page 34.

18. MSSS, fichier des décès 1999 et 2000. Pour l'année 1999, les décès furent classés en fonction de la CIM-9 (E880- E888) alors que pour l'année 2000, la CIM-10 fut utilisée (W00-W19).

apportées à court terme¹⁹. La comparaison des données entre 1999 et 2000 n'est donc pas possible mais il faut également analyser les données postérieures à 2000 avec prudence, en raison de cette sous-estimation²⁰. De 2000 à 2003, le nombre de décès par chutes accidentelles a augmenté au Québec, passant de 211 à 275. En 2003, le taux de mortalité est de 3,7 décès pour 100 000 personnes.

FIGURE 10



Changement de la méthode de classification des décès en 2000 (représenté par le trait perpendiculaire): les données avant et après 2000 ne peuvent être comparées entre elles.

Sources: MSSS, fichier des décès, 1990 à 2003

Statistique Canada, estimations de la population produites en décembre 2005

Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, de 1995 à 1999, le nombre annuel de décès par chutes accidentelles a diminué, à l'exception d'une seule année, passant de 17 à 10. De 2000 à 2003, ce nombre s'est maintenu entre 8 et 11, ce qui représente une moyenne annuelle de 9 décès par chutes accidentelles durant cette période.

19. INSPQ (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006. Les analyses*, Québec, Gouvernement du Québec, page 62.

20. Hamel (2001: 145) note également que l'utilisation des taux bruts pour comparer des périodes de temps pose un problème étant donné que les personnes âgées constituent les principales victimes des décès par chutes et que leur nombre augmente fortement depuis une quinzaine d'années. L'emploi des taux ajustés, tenant compte de la structure d'âge des populations, serait davantage recommandé.

Il serait difficile d'interpréter des taux de mortalité calculés à partir de ce faible nombre de décès dans la région et d'en tirer une analyse concluante. Par conséquent, au lieu d'illustrer des taux de mortalité selon le sexe, le groupe d'âge ou encore par territoire de CSSS, comme dans la section traitant des hospitalisations, le tableau 2 se limite à présenter le nombre annuel moyen de décès par chutes accidentelles par territoire de CSSS pour la période 2000 à 2003.

TABLEAU 2
Nombre annuel moyen de décès par chutes
accidentelles selon les territoires des CSSS, sexes réunis,
région Abitibi-Témiscamingue, 2000 à 2003

Territoire de CSSS	Nombre annuel moyen
Rouyn-Noranda	2,8
Les Eskers de l'Abitibi	2,8
Vallée-de-l'Or	2,5
Lac-Témiscamingue	0,8
Aurores-Boréales	0,5
Témiscaming-et-de-Kipawa	0
Région Abitibi-Témiscamingue	9,3

Source : MSSS, fichier des décès, 2000 à 2003

À Rouyn-Noranda, ainsi que dans le territoire Les Eskers de l'Abitibi et de la Vallée-de-l'Or, on observe donc en moyenne annuellement près de trois décès par chutes accidentelles de 2000 à 2003. En ce qui concerne le territoire du Lac-Témiscamingue et celui des Aurores-Boréales, on recense moins d'un décès en moyenne par année, alors qu'aucun décès par chutes accidentelles ne fut constaté dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa durant cette période.

Il semble que les décès par chutes accidentelles touchent particulièrement les personnes âgées. En effet, sur les 37 décès répertoriés au total de 2000 à 2003 dans la région, 26 sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans ou plus, soit 7 décès sur 10, une proportion équivalente à ce que l'on retrouve au Québec.

EN RÉSUMÉ

Les chutes accidentelles, soit le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou à un niveau plus bas, constituent 48 % des hospitalisations (2004-2005) et 13 % des décès (2003) dans l'ensemble des traumatismes non intentionnels au Québec. Les circonstances entourant ces chutes varient en fonction de l'âge. Ainsi, chez les moins de 15 ans, les chutes se produisent plus souvent d'une hauteur quelconque, lors d'une activité sportive ou d'un jeu. Chez les aînés, elles résultent plus souvent d'une combinaison de différents facteurs liés au comportement de la personne, à son environnement et à son état de santé.

L'Abitibi-Témiscamingue compte pour l'année financière 2004-2005 517 hospitalisations en courte durée pour chutes accidentelles. La durée moyenne de séjour pour chacune d'entre elles est de 11 jours. Comparativement aux autres régions sociosanitaires du Québec, l'Abitibi-Témiscamingue détient le huitième rang en ce qui concerne le taux ajusté annuel moyen d'hospitalisation pour chutes accidentelles, soit 334 hospitalisations pour 100 000 personnes. Ce taux est significativement inférieur au taux québécois de référence. On observe ainsi proportionnellement moins d'hospitalisations pour chutes accidentelles dans la région par rapport à l'ensemble de la province.

Les hospitalisations pour chutes accidentelles sont plus fréquentes chez les personnes âgées, dans la région comme au Québec. Chez les moins de 65 ans, elles sont un peu plus nombreuses chez les hommes alors que chez les aînés, on en dénombre davantage chez les femmes.

Parmi les territoires des CSSS de la région, celui du Lac-Témiscamingue se distingue avec le taux ajusté moyen d'hospitalisation pour chutes accidentelles le plus élevé, 406 pour 100 000 personnes. Ce taux est significativement supérieur au taux québécois de référence. Pour sa part, le territoire de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa détient le taux le plus faible, 290 hospitalisations pour 100 000, ce qui est comparable à l'ensemble du Québec.

En ce qui a trait à la mortalité par chutes accidentelles, on recense en moyenne annuellement neuf décès dans la région de 2000 à 2003. Durant cette période, 7 décès sur 10 sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans ou plus.

L'analyse des données d'hospitalisation et de mortalité indique clairement que les chutes accidentelles constituent un traumatisme non intentionnel qui touche

d'avantage les personnes âgées. Le vieillissement de la population que connaissent le Québec et la région entraînera au cours des prochaines années une augmentation significative du nombre de personnes de ce groupe d'âge. Par conséquent, on peut s'attendre également à un accroissement important du nombre de chutes accidentelles²¹, qui risque de s'accompagner d'une hausse des coûts sociosanitaires liés aux hospitalisations et à la perte d'autonomie.

Il est reconnu que la pratique régulière de l'activité physique favorise la prévention des chutes, notamment en renforçant les muscles des jambes et du dos, ainsi qu'en améliorant l'équilibre, la flexibilité et les réflexes des personnes âgées²². Il existe déjà des programmes de prévention, comme le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), destiné aux aînés autonomes à domicile. Toutefois, il serait sûrement pertinent d'inciter les personnes âgées²³ à adopter de saines habitudes de vie par le biais de différents canaux de transmission de l'information et en organisant davantage d'activités adaptées à leurs besoins. Par exemple, les municipalités pourraient réserver dans leurs différentes infrastructures de loisirs des plages horaires pour les aînés et organiser des activités spécifiques à ce groupe d'âge. Dans cette optique, des collaborations pourraient même être établies avec des associations comme les clubs de l'Âge d'Or. De même, la promotion de l'activité physique pourrait être discutée dans le cadre de programmes de préparation à la retraite.

Les aidants naturels oeuvrant dans l'entourage des aînés pourraient également être sensibilisés et participer à la diffusion de ces informations. De plus, ils pourraient être informés afin d'identifier et corriger les sources potentielles pouvant entraîner une chute, dans l'environnement des aînés. Enfin, toujours en ce qui concerne l'environnement, les municipalités pourraient porter une attention particulière à l'adaptation des lieux publics aux personnes âgées (éclairage adéquat, surfaces égales, etc.).

Une prévention efficace des chutes semble donc s'effectuer par le biais de différents acteurs présents dans l'entourage des aînés, ainsi qu'en ciblant les trois principaux groupes de facteurs de risque (état de santé, comportements et environnement).

21. INSPQ (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006. Les analyses*, Québec, Gouvernement du Québec, page 64 et Robitaille, Yvonne et Jean Gratton, (2005). *Les chutes chez les adultes âgés: vers une surveillance plus fine des données d'hospitalisation*, Québec, INSPQ, page 8.

22. Kino-Québec (2002). *L'activité physique: déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*, Gouvernement du Québec, page 26.

23. Idéalement, les individus devraient pratiquer des activités physiques tout au long de leur vie afin de profiter de leurs bienfaits sur la santé.

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-89391-326-1 (VERSION IMPRIMÉE)
978-2-89391-327-8 (PDF)

AUTRES FASCICULES DISPONIBLES

- La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en Abitibi-Témiscamingue : un aperçu de la situation en 1999 (NOVEMBRE 2003)
- Les prestataires de l'assistance-emploi : un aperçu de la situation en Abitibi-Témiscamingue en 2003 (JANVIER 2004)
- L'usage du tabac en Abitibi-Témiscamingue en 2000-2001 (AVRIL 2004)
- La consommation d'alcool en Abitibi-Témiscamingue en 2000-2001 (JUIN 2004)
- Infections transmissibles sexuellement ou par le sang : aperçu de la situation en Abitibi-Témiscamingue en 2004 (NOVEMBRE 2004)
- Les maladies pulmonaires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue : Le point sur la morbidité hospitalière en 2004-2005 et la mortalité en 2002 (AVRIL 2006)
- Le cancer en Abitibi-Témiscamingue : Le point sur l'incidence en 2001 et la mortalité en 2002 (AVRIL 2006)
- La population vivant sous le seuil de faible revenu en Abitibi-Témiscamingue : un survol de la situation (JUILLET 2006)
- Le suicide en Abitibi-Témiscamingue : le point sur la mortalité en 2003 (JANVIER 2007)
- Les traumatismes routiers en Abitibi-Témiscamingue : un aperçu de la morbidité hospitalière en 2004-2005 et de la mortalité en 2003 (MARS 2007)
- Certaines caractéristiques des parents et des nouveau-nés en Abitibi-Témiscamingue en 2005-2006 (JUIN 2007)

Pour obtenir un exemplaire :

adresse Internet : <http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca/fascicules.html>

ou à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Centre de documentation)

au numéro de téléphone : 819 764-3264, poste 49209



Agence de la santé
et des services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue

Québec 