

## ANALYSE ENVIRONNEMENTALE

# Indicateurs de prévention des chutes chez les enfants pour la pratique en santé publique en Ontario

1<sup>re</sup> révision : février 2023

## Principales constatations

- Les traumatismes liés aux chutes sont les traumatismes les plus coûteux chez les enfants au Canada.
- Il y a lieu de dresser une liste complète et représentative des indicateurs liés aux chutes à l'intention des praticiens pour éclairer les programmes de prévention des chutes et les démarches d'évaluation.
- Les indicateurs recensés ont été divisés en deux catégories : les indicateurs de résultats et les indicateurs liés aux politiques. Il est important de faire état d'indicateurs désagrégés pour déterminer le mécanisme spécifique du traumatisme, l'emplacement géographique et le statut socioéconomique, comme l'ont souligné les intervenants en prévention des chutes chez les enfants.
- La hiérarchisation des indicateurs dans les différents secteurs pose problème en raison de l'absence actuelle d'indicateurs en usage dans le domaine de la santé publique et dans la documentation évaluée par un comité de lecture et la documentation parallèle.

## Objectifs et portée

En Ontario, dans le domaine de la santé publique, les praticiens s'appuient sur un ensemble d'indicateurs de traumatismes liés aux chutes faisant partie d'une liste dressée par l'Association of Public Health Epidemiologists in Ontario (APHEO)<sup>1</sup>. Cette association a dressé la liste d'indicateurs relatifs à différents aspects des traumatismes et fourni des indications sur les sources de données et les méthodes à suivre pour alimenter les indicateurs. Les indicateurs actuels qui portent sur les traumatismes liés aux chutes chez les enfants comprennent les visites aux services d'urgence, les hospitalisations et la mortalité liées aux chutes. Bien que ces indicateurs soient appropriés pour comprendre le fardeau des traumatismes liés aux chutes chez les enfants, ils sont moins pertinents pour déterminer les mécanismes précis associés aux chutes chez les enfants aux fins des programmes de santé publique et, surtout, pour évaluer l'efficacité de programmes particuliers. Il y a donc lieu de dresser, aux fins de l'élaboration de programmes de prévention des chutes, une liste exhaustive d'indicateurs pertinents qui puisse être utilisée en santé publique et dans tous les secteurs de la santé.

Nos travaux avaient pour but de dresser une liste d'indicateurs aux fins de la prévention des chutes chez les enfants à l'usage des praticiens de tous les secteurs de la santé en Ontario, et de fournir des indications sur l'utilisation de chaque indicateur. De plus, ce projet visait à alimenter l'un des indicateurs, qui a été privilégié à l'issue de consultations avec des praticiens et des experts. L'utilisation et la déclaration systématiques d'indicateurs peuvent réduire la duplication des mesures de déclaration des différents secteurs et faciliter la comparaison des données de diverses provenances. Ces travaux constituent la première étape en vue d'élaborer une série d'indicateurs aux fins des programmes de santé publique. D'autres recherches seront menées pour évaluer l'utilisation des indicateurs prioritaires en santé publique.

## Contexte

Les traumatismes liés aux chutes constituent un problème de santé publique en Ontario. En 2019, on a enregistré 129 911 visites aux services d'urgence et 3 221 hospitalisations attribuables à des traumatismes liés aux chutes chez les personnes de 0 à 19 ans, soit 4 149,6 et 102,9 par 100 000 habitants respectivement<sup>2,3</sup>. De plus, les taux de visites aux services d'urgence et d'hospitalisation attribuables aux traumatismes liés aux chutes chez les enfants sont relativement stables depuis 2010; ils n'ont affiché aucune baisse notable.

Les traumatismes liés aux chutes occasionnent également des coûts pour le système de santé ainsi que pour les enfants et jeunes qui sont blessés et leur famille<sup>4</sup>. Les traumatismes non intentionnels comptent pour 86 % du coût total des traumatismes au Canada, soit 25,3 milliards de dollars<sup>4</sup>. Les chutes ont coûté plus cher que toute autre cause de traumatismes en 2018, soit 10,3 milliards de dollars, ou 35 % du coût total des traumatismes<sup>4</sup>. Sur cette somme, les chutes ont causé les traumatismes les plus coûteux chez les enfants (de 0 à 14 ans), soit 996 millions de dollars<sup>4</sup>.

En Ontario, les indicateurs de traumatismes liés aux chutes qui sont actuellement déclarés systématiquement sont les visites aux services d'urgence, les hospitalisations et la mortalité<sup>1</sup>. Bien que ces indicateurs à l'échelle de la population donnent une idée du fardeau des traumatismes liés aux chutes en Ontario, ils ne suffisent pas en soi pour dresser un tableau complet des chutes chez les enfants ni pour éclairer les programmes de prévention des chutes ou en mesurer l'incidence.

L'Ontario Child Injury Prevention Collaborative (OCIPC) est un groupe de praticiens en prévention des chutes de bureaux de santé publique, de centres d'éducation de la petite enfance et de centres de santé communautaire de l'Ontario. Ce réseau a indiqué la nécessité de prévoir des indicateurs pour mieux accomplir ses travaux en matière de prévention des chutes, fournir des renseignements pertinents et utiles aux fins de la planification des interventions et mesurer l'efficacité des programmes de santé publique. De plus, il a souligné le besoin d'une orientation sur l'alimentation des indicateurs ainsi que de renseignements sur leur utilisation dans la pratique (c.-à-d. des tableaux descriptifs). Ce besoin est étayé par des travaux antérieurs publiés par Santé publique Ontario (SPO) décrivant la nécessité d'obtenir des données et des indicateurs concernant différents traumatismes afin d'élaborer des programmes efficaces de santé publique en Ontario<sup>5</sup>. Ce projet avait pour objectif d'ensemble de recourir à une analyse environnementale et à un processus Delphi modifié afin de dresser une liste d'indicateurs sur les chutes chez les enfants pouvant utilisés systématiquement dans tous les secteurs à des fins de prévention de ces chutes.

## Méthodologie

Nous avons mené une analyse environnementale des indicateurs de prévention des chutes chez les enfants suivie d'un processus Delphi modifié pour nous entendre sur une liste d'indicateurs à recommander aux fins de la prévention des chutes chez les enfants. Ce processus a comporté les étapes suivantes : 1) recherche dans la documentation évaluée par un comité de lecture et la documentation parallèle pour relever des indicateurs de gouvernements, d'organismes de santé publics et d'organes de prévention des traumatismes pertinents; 2) consultation de praticiens en prévention des chutes chez les enfants de l'OCIPC et d'experts du domaine des indicateurs sur les traumatismes chez les enfants; 3) élaboration d'indicateurs en se fondant sur la documentation existante et les travaux antérieurs dans ce domaine; 4) alimentation d'un indicateur prioritaire à partir de sources de données pertinentes. La prochaine étape de ces travaux est à venir, et comprendra l'évaluation de l'utilisation concrète d'un indicateur prioritaire. Un organigramme de l'ensemble du processus est fourni en annexe à la figure 1.

Les Services de bibliothèque de Santé publique Ontario ont mené une recherche de documentation évaluée par un comité de lecture dans MEDLINE, CINAHL, SPORTDiscus, Child Development & Adolescent Studies et Scopus en utilisant des vedettes-matières et des termes pertinents. Tous les résultats ont été intégrés et les doublons ont été supprimés. Une recherche dans la documentation parallèle a également été effectuée en utilisant des termes et des mots-clés pertinents. La méthodologie de recherche dans la documentation évaluée par un comité de lecture et la documentation parallèle est disponible sur demande.

Un examinateur (AM) a passé en revue tous les titres et résumés pour trouver des indicateurs pertinents, et un second examinateur (SR) s'est penché sur un échantillon aléatoire de titres et d'extraits. Deux examinateurs ont passé en revue la version intégrale de tous les articles retenus. Un examinateur (AM) a ensuite effectué l'extraction de données des articles inclus et ajouté les indicateurs à la catégorie correspondante (c.-à-d. indicateurs de résultats ou indicateurs liés aux politiques). Le second examinateur (SR) a sélectionné un échantillon aléatoire d'articles pour déterminer s'il y avait des incohérences sur le plan de l'extraction de données. Des rapports pertinents de la documentation parallèle ont également été inclus.

Des membres de l'OCIPC et des experts en prévention des traumatismes ont été consultés afin de recueillir leurs observations sur la liste d'indicateurs. Les membres de l'OCIPC comprenaient des chercheurs en prévention des traumatismes et des praticiens en prévention des chutes chez les enfants des domaines des soins primaires, de l'éducation de la petite enfance et de la santé publique. La première séance de rétroaction comprenait un exercice basé sur un webinaire dans lequel était présentée la liste complète des indicateurs relevés dans la documentation. Des commentaires ont été recueillis sur la pertinence de chaque indicateur en vue de son utilisation par les praticiens en Ontario et sur les lacunes constatées. Une deuxième séance de rétroaction a été menée en utilisant une liste restreinte d'indicateurs, fondée sur l'exercice basé sur le webinaire. Nous avons fait appel aux services d'un organisme de recherche de l'extérieur pour recueillir une troisième série de commentaires de la part des participants. Enfin, des experts de la prévention des traumatismes chez les enfants et les jeunes justifiant d'une vaste expérience dans l'élaboration d'indicateurs<sup>6-8</sup> ont été consultés tout au long du processus afin de réorienter les commentaires des participants vers l'objectif de dresser une liste d'indicateurs qui permettra d'améliorer la prévention des chutes chez les enfants à l'échelle du système, de sélectionner et d'alimenter un indicateur prioritaire et de fournir des indications sur les renseignements à fournir dans les tableaux descriptifs des indicateurs de traumatismes. Pour éclairer l'élaboration de ces tableaux descriptifs, nous avons également consulté des sources publiques comme l'APHEO, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et les notes techniques des snapshots sur les traumatismes de SPO, de même que la documentation récente et des rapports sur des indicateurs de traumatismes comme *Le coût des blessures au Canada*<sup>4</sup>.

La dernière étape de ce projet consistait à alimenter un indicateur prioritaire. On a choisi *hospitalisations pour traumatismes graves liés aux chutes* en raison de son importance établie par les participants dans le cadre du processus de consultation. Santé publique Ontario a obtenu des données sur les hospitalisations liées aux chutes chez les enfants de 0 à 19 ans dans la Base de données sur les congés des patients (BDSP). Tous les enfants et les jeunes qui se sont présentés à l'urgence pour une blessure liée à une chute et qui ont ensuite été hospitalisés entre 2010 et 2019 ont été inclus. Cette méthode et la source des données ont été choisies en fonction des directives concernant l'utilisation des données sur les hospitalisations liées à des blessures en Ontario provenant de l'APHEO et de Santé publique Ontario.<sup>9,10</sup> Certains codes de la Classification internationale des maladies (CIM-10) ont été utilisés pour identifier des traumatismes graves. La CIM-10 comprend des codes de diagnostic, indiquant la principale raison pour laquelle le patient a nécessité une consultation médicale (S00-T88), ainsi que des codes de causes externes de traumatismes qui indiquent la principale cause du traumatisme (W00-W19) et sont employés pour identifier les traumatismes liés aux chutes. Les traumatismes considérés comme « graves » correspondaient à la définition établie par Pike et coll. (2016)<sup>8</sup>. Les codes de la CIM-10 qui définissent une chute grave figurent dans le tableau B1 de l'annexe. Les cas d'hospitalisation liés à des chutes qui ne comportaient pas un des codes de la CIM-10 ont été classés comme « non graves ».

Les taux d'hospitalisation pour traumatismes graves et non graves liés aux chutes par 100 000 habitants ont été calculés à partir de la population pertinente d'enfants de chaque groupe d'âge dans chacune des circonscriptions sanitaires. Les ratios des taux ont été calculés pour comparer les hospitalisations pour traumatismes graves et non graves liés aux chutes en divisant le taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes par le taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes dans chaque groupe d'âge (0 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, 15 à 19 ans).

## Résultats

La recherche dans la documentation évaluée par un comité de lecture et la documentation parallèle a permis de relever plusieurs indicateurs éventuels et concepts connexes, que nous avons divisés en deux catégories : 1) les indicateurs de résultats (tableau 1) et 2) les indicateurs liés aux politiques (tableau 2). Bien qu'il s'agisse d'une façon de conceptualiser les indicateurs recensés, il est important de souligner que ces catégories peuvent se chevaucher. De plus, certaines notions et mesures spécifiques aux établissements de santé constituent des éléments essentiels de la prévention des chutes chez les enfants qui peuvent éclairer l'élaboration d'indicateurs, sans être nécessairement pour autant des indicateurs elles-mêmes. Par exemple, les outils d'évaluation des risques ne sont pas des indicateurs en soi, mais ils peuvent être pris en compte dans le cadre de l'élaboration d'indicateurs de risque de chute. Enfin, parmi tous les indicateurs relevés, nos participants et experts ont choisi un indicateur prioritaire, les hospitalisations pour traumatismes graves liés aux chutes, qui sera alimenté à partir de données ontariennes existantes sur les hospitalisations (tableaux D1-4 de l'annexe D).

## Indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats rendent compte surtout des interactions avec le système de santé en raison de traumatismes liés aux chutes, comme les visites aux services d'urgence et les hospitalisations, ainsi que des conséquences connexes de ces traumatismes, comme les coûts directs et indirects y afférents et les années potentielles de vie perdues en raison des chutes. La liste définitive d'indicateurs de résultats figure au tableau 1.

Nous avons inclus au départ dans cette catégorie les indicateurs spécifiques aux établissements de soins de santé relevés lors de l'analyse documentaire. Ces indicateurs reflètent les chutes survenues chez les enfants dans les hôpitaux et d'autres établissements de santé. Ils comprenaient le nombre de chutes survenues dans les hôpitaux chez les patients pédiatriques, en précisant si des mesures de prévention des chutes avaient été mises en œuvre dans l'établissement et si le personnel de l'hôpital (c.-à-d. les infirmières) recevait une formation suffisante pour prévenir les chutes. Certains indicateurs distinguent les chutes « prévisibles » des chutes « imprévisibles » selon que la personne a été désignée comme étant « à risque » au moyen d'un outil d'évaluation du risque de chute; un autre permet d'établir le nombre de patients ayant fait l'objet d'une évaluation de leur risque de chute au moment de leur admission, quel que soit l'outil utilisé.

Les indicateurs spécifiques aux établissements de soins de santé (tableau C1 de l'annexe C) ont été jugés importants surtout à l'échelon des établissements, mais les participants étaient d'avis qu'ils ne contribuaient pas aux mesures multisectorielles de prévention des chutes en Ontario. En outre, les chutes qui surviennent dans les établissements de santé ne représentent qu'une faible proportion du fardeau total des chutes<sup>9</sup>. Les outils d'évaluation des risques spécifiques aux soins de santé sont des procédures spécialisées qu'emploient des praticiens de la santé pour déterminer le risque de traumatisme lié aux chutes chez les enfants. Ils comprennent les échelles d'évaluation du risque de chute Humpty Dumpty<sup>10</sup> et Little Schmidy<sup>11</sup>, qui mesurent le risque de chute chez les enfants en fonction de leur état de santé et de leurs antécédents familiaux. Les participants ont indiqué qu'à leur connaissance, des indicateurs spécifiques aux établissements de soins de santé ne sont utilisés ni en Ontario ni dans le reste du Canada; ces indicateurs ont donc été exclus en définitive.

### Tableau 1. Indicateurs de résultats

#### Indicateurs de résultats

1. Taux de visites aux services d'urgence pour chutes

2. Taux d'hospitalisation pour chutes

3. Taux de mortalité par chutes

4. Taux de consultation en soins primaires pour traumatismes liés aux chutes

5. Années potentielles de vie perdue en raison des chutes

6. Proportion des chutes selon le lieu

7. Coûts directs et indirects associés aux traumatismes liés aux chutes

8. Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes

9. Taux de visites à domicile chez les participants au programme « Bébés en santé, enfants en santé »

## Indicateurs liés aux politiques

Les indicateurs liés aux politiques sont ceux qui permettent de recueillir des données sur les textes de loi et les politiques en vigueur en matière de prévention des chutes chez les enfants, tant au niveau local qu'au niveau du système. Il y a lieu de mener d'autres travaux en vue d'élaborer une cote ou un indice précis reflétant le degré auquel les pratiques exemplaires se reflètent dans les textes de loi et les politiques<sup>6</sup>; cependant, le tableau 2 comprend les indicateurs liés aux politiques que les participants ont jugés importants à des fins de déclaration à l'échelle du système pour la prévention des chutes chez les enfants.

**Tableau 2. Indicateurs liés aux politiques**

Indicateurs liés aux politiques
1. Cote de prévention des chutes (attribuée au niveau du système) selon les mesures prises en vue d'assurer la prévention des chutes
2. Exigences municipales relatives à l'installation de dispositifs de sécurité pour fenêtres dans les immeubles d'habitation
3. Exigence prévoyant que les terrains de jeux doivent être conformes aux normes de la CSA
4. Proportion des bureaux de santé publique qui ont à leur service un responsable de la prévention des chutes

## Tableaux descriptifs sur les indicateurs

Des tableaux descriptifs pour chacun des indicateurs énumérés dans les tableaux 1 et 2 figurent à l'annexe E. Ces tableaux contiennent des renseignements sur l'importance et l'utilisation de chaque indicateur, ainsi sur la façon dont les données devraient être interprétées et employées dans la pratique. Nous fournissons une définition opérationnelle de chaque indicateur ainsi que des termes clés utilisés dans le titre ou la description de l'indicateur afin d'assurer une interprétation uniforme dans tous les secteurs.

Les méthodes et les données requises pour calculer chaque indicateur sont indiquées dans les tableaux descriptifs, de même que les sources de données existantes et éventuelles nécessaires pour alimenter chaque indicateur. De plus, les tableaux descriptifs suggèrent des variables éventuelles pour les analyses secondaires que les participants ont jugées prioritaires pour la stratification, y compris le statut socioéconomique ou le niveau de marginalisation, l'emplacement géographique et des caractéristiques démographiques telles que la race, l'âge et le sexe.

## Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes

La première étape de cette phase du projet consistait à alimenter l'un des indicateurs précédents. Le processus de consultation de praticiens et d'experts a permis d'établir que le taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes constituait un indicateur prioritaire, car il permet de distinguer les chutes qui donnent lieu à des traumatismes graves de celles qui sont moins graves et sont susceptibles de survenir au cours du développement de l'enfant. Cette distinction a été jugée utile en vue d'orienter les programmes vers la prévention des traumatismes liés aux chutes qui sont les plus graves. De plus, on a souligné que cet indicateur pouvait servir à évaluer les tendances relatives aux traumatismes pédiatriques graves et à identifier les populations à risque. Il a donc été le premier indicateur à être alimenté.

Après avoir alimenté cet indicateur, nous avons constaté que de 2010 à 2019, il y avait eu 31 857 hospitalisations pour traumatismes liés aux chutes chez les enfants âgés de 0 à 19 ans en Ontario, dont 4 114 ont été considérées graves et 27 743 non graves. Le taux le plus élevé de traumatismes graves liés aux chutes par 100 000 habitants (0 à 19 ans) a été observé dans les circonscriptions sanitaires de Huron-Perth (279,7) et Grey Bruce (270,8). Les taux les plus élevés d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes spécifiques à l'âge ont été observés chez les 0 à 4 ans à Huron-Perth (485,6), les 15 à 19 ans à Timiskaming (369,4) et les 0 à 4 ans à Porcupine (365,9). Comme les hospitalisations pour traumatismes graves liés aux chutes sont relativement rares et que ces circonscriptions sanitaires ont des populations relativement petites, ces taux devraient être interprétés avec prudence.

Le ratio des taux de traumatismes graves et de traumatismes non graves liés aux chutes le plus élevé a été observé chez les 15 à 19 ans à Timiskaming (0,88). Cela signifie que les taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes comptait pour 88 % du taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves, ou que le taux de traumatismes graves était inférieur de seulement 12 % au taux de traumatismes non graves dans cette population. Après Timiskaming, les ratios des taux les plus élevés ont été observés chez les 15 à 19 ans dans le district de Simcoe Muskoka (0,84), et dans les districts de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge (0,79). Étant donné la faible population et le petit nombre de cas dans ces circonscriptions sanitaires, ces ratios de taux devraient aussi être interprétés avec prudence.

**Tableau 3. Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves et non graves liés aux chutes et ratios des taux correspondants selon la circonscription sanitaire, personnes âgées de 0 à 19 ans, 2010-2019**

Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire d'Algoma	115,98	1 452,10	0,08
Circonscription sanitaire du comté de Brant	143,68	1 074,50	0,13
Circonscription sanitaire de Chatham-Kent	91,92	1 033,05	0,09
Circonscription sanitaire de la région de Durham	107,44	760,27	0,14
Circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario	131,70	803,81	0,16
Circonscription sanitaire de Grey Bruce	156,44	1 064,98	0,15
Circonscription sanitaire de Haldimand-Norfolk	195,91	1 304,71	0,15
Circonscription sanitaire du district de Haliburton, Kawartha, Pine Ridge	105,97	857,10	0,12
Circonscription sanitaire de la région de Halton	109,29	852,01	0,13
Circonscription sanitaire de Hamilton	133,34	1 139,67	0,12
Circonscription sanitaire des comtés de Hastings et Prince Edward	119,49	876,23	0,14
Circonscription sanitaire de Huron Perth	161,57	1 124,75	0,14
Circonscription sanitaire de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington	97,27	819,15	0,12



<b>Circonscription sanitaire</b>	<b>Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes</b>	<b>Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes</b>	<b>Ratio des taux</b>
Circonscription sanitaire de Lambton	150,69	1 310,98	0,11
Circonscription sanitaire du district de Leeds, Grenville et Lanark	127,29	778,57	0,16
Circonscription sanitaire de Middlesex-London	158,62	1 125,04	0,14
Circonscription sanitaire de la région de Niagara	155,72	1 216,55	0,13
Circonscription sanitaire du district de North Bay	137,41	1 157,61	0,12
Circonscription sanitaire du Nord-Ouest	90,91	1 131,31	0,08
Circonscription sanitaire d'Ottawa	116,03	769,95	0,15
Circonscription sanitaire d'Oxford-Elgin-St. Thomas	145,69	1 130,60	0,13
Circonscription sanitaire de la région de Peel	94,96	674,12	0,14
Circonscription sanitaire de Peterborough	99,03	792,22	0,13
Circonscription sanitaire de Porcupine	115,06	1 310,66	0,09
Circonscription sanitaire du comté et du district de Renfrew	141,13	769,41	0,18
Circonscription sanitaire de Simcoe Muskoka	148,16	746,70	0,20
Circonscription sanitaire de Sudbury et du district	118,57	943,74	0,13
Circonscription sanitaire du district de Thunder Bay	193,79	1 501,08	0,13

Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire de Timiskaming	101,60	1 117,56	0,09
Circonscription sanitaire de Toronto	125,63	848,52	0,15
Circonscription sanitaire de Waterloo	100,78	770,57	0,13
Circonscription sanitaire de Wellington-Dufferin-Guelph	130,35	958,79	0,14
Circonscription sanitaire de Windsor-comté d'Essex	98,93	812,09	0,12
Circonscription sanitaire de la région de York	94,27	720,54	0,13
Moyenne de l'Ontario	190,68	1 897,41	0,10

## Exposé

La présente analyse environnementale et le processus Delphi modifié ont permis de dégager des indicateurs de résultats et des indicateurs liés aux politiques qui peuvent contribuer à la compréhension du fardeau des traumatismes liés aux chutes chez les enfants et des domaines d'intervention prioritaires. De plus, la description des indicateurs de la liste définitive donne aux praticiens en prévention des chutes l'orientation nécessaire à l'utilisation de ces indicateurs dans le cadre de leur travail.

Dans l'ensemble, peu d'indicateurs de prévention des chutes chez les enfants ont été relevés dans le cadre de l'analyse documentaire, et on a établi que seuls trois indicateurs étaient déclarés de façon systématique en Ontario. De plus, il existe peu d'indicateurs fournissant des renseignements précis sur les chutes qui pourraient éclairer la planification et l'évaluation des interventions. Par ailleurs, il a été difficile, dans le cadre du processus de consultation des praticiens et des experts, d'établir la liste définitive des indicateurs, étant donné que les secteurs participant à l'OCIPC ont des priorités différentes.

Les participants et les experts se sont toutefois entendus sur l'importance de rendre compte d'indicateurs de plus haut niveau qui pourraient ensuite être désagrégés par les utilisateurs. Par exemple, la désagrégation du taux de visites à l'urgence et d'hospitalisation selon le niveau de marginalisation permettrait aux utilisateurs de repérer les groupes les plus à risque et de planifier leurs interventions en conséquence. Les experts consultés ont également souligné l'importance de dresser une liste des indicateurs les plus susceptibles d'inciter à l'action et d'entraîner des changements tangibles dans les mesures de prévention des chutes à l'échelle du système.

La liste définitive comprenait des indicateurs de résultats et des indicateurs liés aux politiques, et excluait les indicateurs spécifiques aux établissements de soins de santé et les concepts connexes, y compris ceux qui mentionnaient des outils d'évaluation des risques pour les enfants, car les praticiens de la prévention des chutes en Ontario ont signalé leur inutilité. La proportion des chutes chez les enfants qui se produisent dans les établissements de soins de santé est faible, et les indicateurs spécifiques aux établissements de soins de santé sont utiles surtout pour assurer l'amélioration interne de la qualité au lieu d'éclairer la pratique de la prévention des chutes à l'échelle du système.

Les participants ont souligné à plusieurs reprises l'importance de comprendre l'incidence des mesures du statut socioéconomique (SSE), comme le niveau de marginalisation, sur le risque de chute chez les enfants, et il est donc crucial de pouvoir désagréger les données de la liste des indicateurs liés aux politiques et des indicateurs de résultats en conséquence, comme en témoigne la documentation existante qui montre un risque accru de traumatismes liés aux chutes chez les enfants de familles à faible SSE<sup>12</sup>. D'après les auteurs de cette étude, ce risque accru pourrait être attribuable aux logements anciens dans les secteurs où le SSE est faible, étayant l'importance de ce facteur aux fins de l'élaboration d'une approche ciblée de la planification en matière de prévention des chutes chez les enfants. Comme il est recommandé dans la ligne directrice sur l'équité en matière de santé des Normes de santé publique de l'Ontario, il y a lieu de produire des rapports sur l'existence et les répercussions des iniquités en santé sur les résultats en matière de santé pour établir des stratégies locales efficaces afin de les diminuer<sup>13</sup>.

Enfin, nous avons pu alimenter l'indicateur de traumatismes graves liés aux chutes, qui fournit des renseignements sur les lieux et les groupes d'âge où les chutes graves sont les plus fréquentes. Cela a permis de révéler que les taux les plus élevés d'hospitalisation pour traumatismes et traumatismes graves liés aux chutes étaient enregistrés surtout dans les circonscriptions sanitaires rurales. Ces constatations vont dans le sens de celles d'études antérieures voulant que le risque de subir des traumatismes graves soit plus élevé chez les enfants des régions rurales que chez ceux des régions urbaines<sup>14</sup>. Il est essentiel pour les bureaux de santé publique de comprendre comment les taux de traumatismes liés aux chutes et aux chutes graves varient dans différents contextes, ainsi que les mécanismes de traumatisme les plus courants observés dans ces contextes afin d'adapter la planification des interventions aux besoins locaux. Le processus d'alimentation de cet indicateur, ainsi que les tableaux descriptifs sur ces indicateurs, peuvent favoriser l'élaboration de programmes ciblés de santé publique et servir de lignes directrices pour l'alimentation de nouveaux indicateurs.

## Limites et points forts

Les points forts du présent rapport comprennent l'approche systémique utilisée pour recenser des indicateurs pertinents aux fins de la prévention des chutes chez les enfants. Nous avons dressé une liste d'indicateurs selon une démarche d'analyse environnementale et un processus Delphi modifié avec la participation de praticiens en prévention des chutes de différents secteurs en Ontario et de chercheurs canadiens en prévention des traumatismes justifiant d'une expertise dans l'élaboration d'indicateurs. De plus, nos méthodes ont été éclairées par des experts, selon un processus publié antérieurement, aux fins de l'élaboration d'indicateurs concernant les enfants et les jeunes<sup>6,7</sup>. Les premières réactions de nos participants et de nos experts permettent de croire que les indicateurs énumérés dans le présent rapport sont susceptibles de se révéler utiles pour les programmes de prévention des chutes et d'inciter à agir pour prévenir les traumatismes liés aux chutes.

Ce travail comporte toutefois certaines limites. L'analyse documentaire ne portait que sur des sources de langue anglaise, excluant potentiellement des indicateurs utilisés dans des milieux non anglophones. De nombreuses sources évaluées par un comité de lecture et identifiées dans le cadre de notre recherche ne concernaient pas précisément les chutes chez les enfants, mais plus généralement les traumatismes, notamment les brûlures, les empoisonnements et les étouffements. Plusieurs études combinent les résultats des traumatismes, y compris les risques pour la sécurité au foyer et la sensibilisation des parents aux traumatismes et aux stratégies d'atténuation des risques. Certaines études utilisent tout type de traumatisme, ou tout traumatisme traité médicalement, comme mesure de résultat, sans que les chutes soient le mécanisme spécifique qui est en cause. De plus, il a été établi que les indicateurs spécifiques aux établissements de soins de santé reposaient sur des données recueillies dans des hôpitaux précis, surtout aux États-Unis. Si certains de ces indicateurs étaient calculés et déclarés systématiquement dans les établissements de santé, il serait possible de les comparer et de s'en servir pour relever et rectifier les variations dans le rendement de chaque établissement. Les participants étaient également d'avis que ces indicateurs n'étaient ni utiles ni pertinents à des fins de santé publique, et les ont exclus de la liste définitive.

Un sondage initial qui a été envoyé aux membres de l'OCIPC pour connaître les indicateurs actuellement utilisés pour la prévention des chutes en Ontario n'a pas été inclus en raison d'un faible taux de réponse. De nombreux membres de l'OCIPC ont été réaffectés aux interventions liées à la pandémie de COVID-19 et n'ont donc pas pu participer à ces travaux.

L'alimentation des tableaux descriptifs des indicateurs a posé des problèmes. Pour certains indicateurs, les données nécessaires pour les alimenter n'existent pas actuellement ou ne sont pas disponibles publiquement, ce qui complique leur description et la fourniture de conseils sur leur utilisation. En outre, il n'existe pas d'ensemble d'indicateurs de référence permettant de valider efficacement le rendement des indicateurs dans la pratique. Il restera également à évaluer l'utilisation par les praticiens de la santé publique de l'Ontario des indicateurs décrits dans le présent rapport. Enfin, des indices spécifiques aux expériences vécues par les enfants et les familles et à l'incidence des traumatismes sur leur bien-être n'ont pas été relevés dans l'analyse documentaire ni mentionnés lors de la consultation des participants ou des experts.

Pour calculer les taux de traumatismes graves par circonscription sanitaire, il faut plusieurs années de données afin de déclarer des taux stables. Par conséquent, on a utilisé 10 années de données d'hospitalisation pour calculer les traumatismes graves et non graves liés aux chutes. Enfin, il y a la possibilité que certains cas d'hospitalisation pour traumatismes liés aux chutes aient été classifiés à tort comme étant non graves plutôt que des traumatismes graves liés aux chutes. Dans certains cas, une chute (code W) saisi dans le système de collecte des données peut ne pas avoir de codes correspondants pour le type de traumatisme (codes S et/ou T). Ce cas serait alors catégorisé comme un traumatisme non grave lié à une chute étant donné qu'il ne correspond pas aux codes prédéterminés pour un traumatisme grave lié à une chute. Si ces cas ne comportaient pas de code de type de traumatisme en raison d'une erreur de codage, il est possible, quoique peu probable, que le cas ait été classifié comme un traumatisme non grave plutôt que grave.

## Conséquences pour la pratique

À l'heure actuelle, les indicateurs de prévention des chutes chez les enfants dans les secteurs de la santé en Ontario sont limités, de même que leur utilisation systématique. Cette situation peut compliquer la tâche des praticiens qui tentent de s'appuyer sur des données pour influencer sur l'élaboration de programmes et de politiques concernant la prévention des chutes chez les enfants. De plus, le fait que des indicateurs ne soient pas utilisés systématiquement aux fins de l'élaboration et de l'évaluation des programmes rend difficile la comparaison des données entre les régions et les secteurs de programmes. Il y a lieu d'intensifier les efforts visant à réunir les données sur la prévention des chutes chez les enfants afin de protéger ces derniers contre les traumatismes liés aux chutes et de favoriser leur santé.

Ce projet pourrait permettre d'accroître l'utilisation systématique d'indicateurs de prévention des chutes chez les enfants dans tous les secteurs en Ontario. La collecte et la déclaration systématiques d'indicateurs permettraient de faire le suivi des tendances dans les temps et dans différentes régions, d'élaborer et d'évaluer des programmes de prévention des chutes et de réduire la duplication des efforts dans les différents secteurs. Il est essentiel de favoriser la refonte de l'infrastructure existante de déclaration des indicateurs en Ontario afin de permettre aux utilisateurs de désagréger les données en sous-catégories. De plus, l'élaboration de tableaux descriptifs sur les indicateurs rend ceux-ci plus reproductibles dans la pratique. Enfin, il y a lieu de faire appel à l'expertise des responsables de la santé publique, des éducateurs de la petite enfance, des organismes communautaires et des chercheurs en prévention des traumatismes afin d'adopter une approche multidisciplinaire et systémique de la prévention des chutes chez les enfants.

## Conclusion

Une analyse environnementale et un processus Delphi modifié ont été utilisés pour relever des indicateurs aux fins de la prévention des chutes chez les enfants qui peuvent être utilisés à l'échelon local, national et international. Les indicateurs ont été divisés en deux catégories : les indicateurs de résultats et les indicateurs liés aux politiques, et il a été recommandé de désagréger les indicateurs afin d'examiner le mécanisme de traumatisme précis et les taux selon l'emplacement géographique et le statut socioéconomique. La documentation limitée sur les indicateurs de prévention des chutes chez les enfants témoigne du fait que l'on accorde peu d'importance à ces chutes; or, les traumatismes liés aux chutes sont les traumatismes les plus coûteux dont sont atteints les enfants et les jeunes. La prochaine étape de ce projet consistera à faire évaluer le recours à l'indicateur prioritaire (le taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes) par un échantillon de praticiens des bureaux de santé publique de l'Ontario. Ces travaux seront menés en consultation avec l'APHEO, l'OCIPC et des experts en prévention des traumatismes pour déterminer si cet indicateur répond aux besoins des praticiens du domaine de la prévention des chutes chez les enfants. L'évaluation portera également sur la faisabilité et la durabilité de la production, de l'analyse et de la déclaration de la liste complète d'indicateurs.

## Bibliographie

1. Association of Public Health Epidemiologists in Ontario (APHEO). *Core indicators table* [Internet], Toronto (Ontario), APHEO, 2019 [cité le 6 avr. 2022]. Disponible à : <https://www.apheo.ca/temporary-core-indicators-table>
2. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Snapshot des visites aux services d'urgence en raison d'un traumatisme* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022 [cité le 12 févr. 2022]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/Data-and-Analysis/Injuries-Data/Injury-ER-Visits>
3. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Snapshot des hospitalisations à la suite d'un traumatisme* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022 [cité le 12 févr. 2022]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/Data-and-Analysis/Injuries-Data/Injury-Hospitalization>
4. Parachute. *Le coût des blessures au Canada* [Internet], Toronto (Ontario), Parachute, 2021 [cité le 14 févr. 2022]. Disponible à : <https://parachute.ca/fr/ressource-professionnelle/le-cout-des-blessures-au-canada/>
5. Richmond SA, Carsley S, Prowse R, Manson H, Moloughney B. « How can we support best practice? A situational assessment of injury prevention practice in public health », *BMC Public Health*, 2020, vol. 20, n° 1, p. 431. Disponible à : <https://doi.org/10,1186/s12889-020-08514-x>
6. Pike I, Piedt S, Warda L, Yanchar N, Macarthur C, Babul S, et coll. « Developing injury indicators for Canadian children and youth: a modified-Delphi approach », *Inj Prev*, 2010, vol. 16, p. 154-160. Disponible à : <https://doi.org/10,1136/ip.2009.025007>
7. Pike I, McDonald RJ, Piedt S, Macpherson AK. « Developing injury indicators for First Nations and Inuit children and youth in Canada: a modified Delphi approach », *Chronic Dis Inj Canada*, 2014, vol. 34, n° 4, p. 203-209. Disponible à : <https://doi.org/10,24095/hpcdp.34,4,03>
8. Pike I, Kalil M, Yanchar N, Tamim H, Nathans A, Macpherson AK. « Establishing an injury indicator for severe pediatric injury », *Inj Prev*, 2017, vol. 23, n° 2, p. 118-123. Disponible à : <https://doi.org/10,1136/injuryprev-2016-042028>
9. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AF, éditeurs. *World report on child injury prevention* [Internet], Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 [cité le 9 mars 2022], chapitre 5, falls, p. 101-122. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310642/>
10. Hill-Rodriguez D, Messmer PR, Williams PD, Zeller RA, Williams AR, Wood M, et coll. « The humpty dumpty falls scale: a case-control study », *J Spec Pediatr Nurs*, 2009, vol. 14, n° 1, p. 22-32. Disponible à : <https://doi.org/10,1111/j.1744-6155.2008.00166.x>
11. Franck LS, Gay CL, Cooper B, Ezrre S, Murphy B, Chan JS-L, et coll. « The little schmidy pediatric hospital fall risk assessment index: a diagnostic accuracy study », *Int J Nurs Stud*, 2017, vol. 68, p. 51-59. Disponible à : <https://doi.org/10,1016/j.ijnurstu.2016.12.011>
12. Shenassa ED, Stubbendick A, Brown MJ. « Social disparities in housing and related pediatric injury: a multilevel study », *Am J Public Health*, 2004, vol. 94, n° 4, p. 633-639. Disponible à : <https://doi.org/10,2105/ajph.94,4,633>

13. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la santé de la population et de la santé publique. *Normes de santé publique de l'Ontario : ligne directrice sur l'équité en matière de santé, 2018* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018 [cité le 28 sept. 2022]. Disponible à : [https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph\\_standards/docs/protocols\\_guidelines/Health\\_Equity\\_Guideline\\_2018\\_fr.pdf](https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Health_Equity_Guideline_2018_fr.pdf)
14. Kim K, Ozegovic D, Voaklander DC. « Differences in incidence of injury between rural and urban children in Canada and the USA: a systematic review », *Inj Prev*, 2012, vol. 18, n° 4, p. 264-271. Disponible à : [https://doi.org/10,1136/injuryprev-2011-040306](https://doi.org/10.1136/injuryprev-2011-040306)
15. Fridman L, Fraser-Thomas JL, Pike I, Macpherson AK. « Canadian Child Safety Report Card: a comparison of injury prevention practices across provinces », *Inj Prev*, 2019, vol. 25, n° 4, p. 252-277. Disponible à : [https://doi.org/10,1136/injuryprev-2018-042745](https://doi.org/10.1136/injuryprev-2018-042745)
16. Toronto Municipal Code Property Standards. *Window guard by-law: article 629-21 (E & F)* [Internet]. Toronto (Ontario), ville de Toronto, 2022 [cité le 19 avr. 2022]. Disponible à : [https://www.toronto.ca/legdocs/municode/1184\\_629.pdf](https://www.toronto.ca/legdocs/municode/1184_629.pdf).
17. Howard AW, MacArthur C, Willan A, Rothman L, Moses-McKeag A, Macpherson AK. « The effect of safer play equipment on playground injury rates among school children », *CMAJ*, 2005, vol. 172, n° 11, p. 1443-1446. Disponible à : [https://doi.org/10,1503/cmaj.1041096](https://doi.org/10.1503/cmaj.1041096)

## Annexe A

Figure A1. Organigramme de l'analyse environnementale et du processus d'élaboration de la liste d'indicateurs

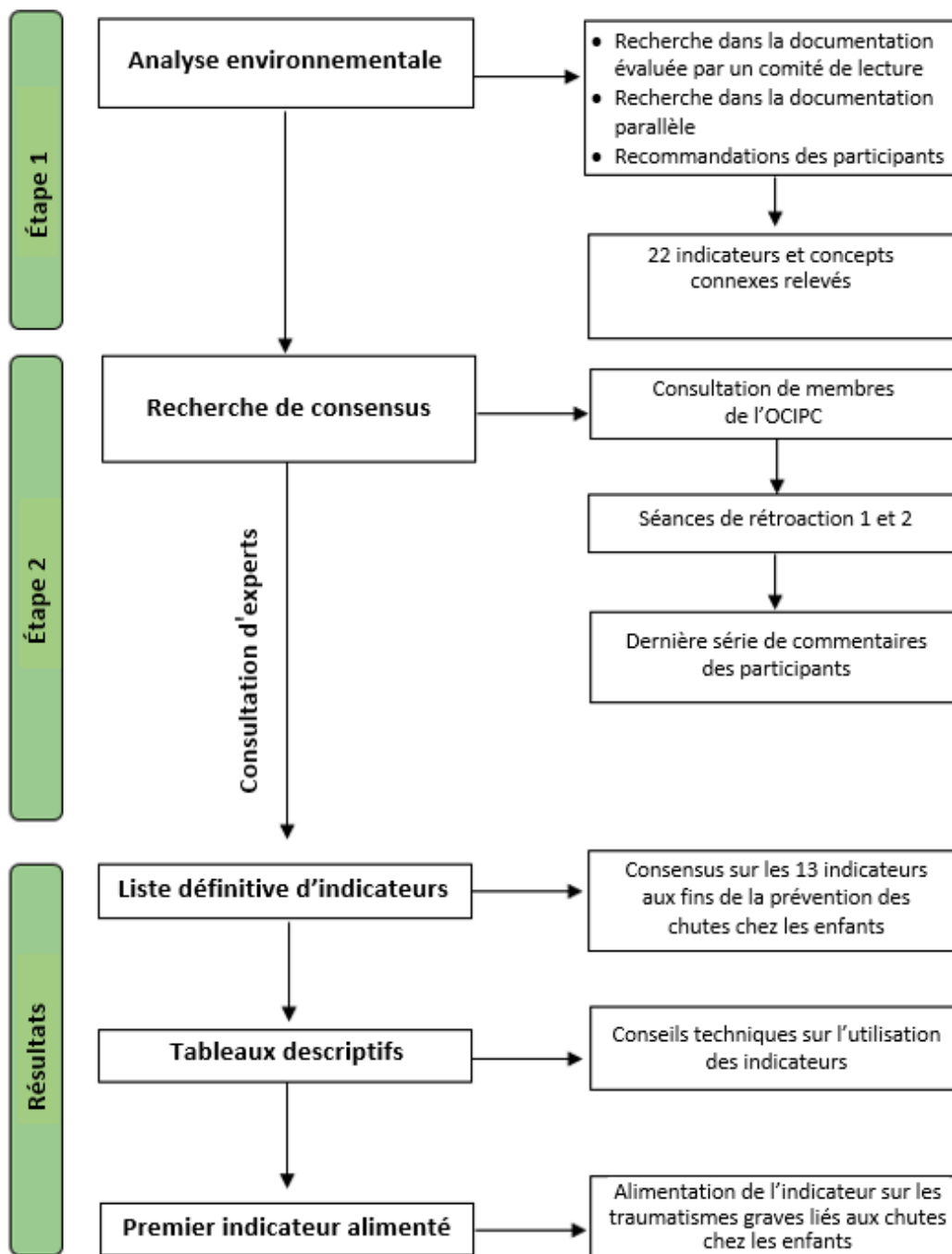


Figure 1 : Organigramme décrivant le processus d'élaboration de la liste d'indicateurs et de classement de ceux-ci en ordre de priorité, commençant par l'analyse environnementale et se terminant par la liste définitive d'indicateurs.



## Annexe B

**Tableau B1 : Codes de la CIM-10 correspondant aux causes d'hospitalisations pour traumatismes graves chez les enfants de 0 à 19 ans**

Numéro	CIM-10	Diagnostic
1	S01.9	Plaie ouverte de la tête, partie non précisée
2	S02.1	Fracture de la base du crâne
3	S02.7	Fractures multiples du crâne et des os de la face
4	S02.9	Fractures d'autres os de la face
5	S04	Lésion traumatique des nerfs crâniens
6	S05.7	Arrachement de l'œil
7	S06.1	Œdème cérébral traumatique
8	S06.2	Lésion traumatique cérébrale diffuse
9	S06.3	Lésion traumatique cérébrale en foyer
10	S06.4	Hémorragie épidurale
11	S06.5	Hémorragie sous-durale traumatique
12	S06.6	Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique
13	S06.8	Autres lésions traumatiques intracrâniennes
14	S06.9	Lésion traumatique intracrânienne, sans précision
15	S07.0	Écrasement de la face
16	S11	Plaie ouverte du cou
17	S12	Fracture du cou
18	S13	Luxation, entorse et foulure des articulations et des ligaments au niveau du cou
19	S14.1	Lésion traumatique de la moelle épinière cervicale
20	S14.6	Lésion traumatique du cou, autres et non précisés
21	S15	Lésion traumatique des vaisseaux sanguins au niveau du cou
22	S21	Plaie ouverte du thorax

Numéro	CIM-10	Diagnostic
23	S22	Fracture de côte(s), du sternum et du rachis dorsal
24	S24	Lésion traumatique des nerfs et de la moelle épinière au niveau du thorax
25	S25.0	Lésion traumatique de l'aorte thoracique
26	S25.3	Lésion traumatique de la veine innominée ou sous-clavière
27	S25.4	Lésion traumatique de vaisseaux sanguins du poumon
28	S26.0	Lésion traumatique du cœur avec hémopéricarde
29	S26.8	Autres lésions traumatiques du cœur (contusion, lacération, perforation)
30	S27	Lésions traumatiques d'organes intrathoraciques, autres et non précisés
31	S28	Écrasement du thorax et amputation traumatique d'une partie du thorax
32	S31	Plaie ouverte de l'abdomen, des lombes et du bassin
33	S32	Fracture du rachis lombaire et du bassin
34	S35.0	Lésion traumatique de l'aorte abdominale
35	S35.1	Lésion traumatique de la veine cave inférieure
36	S36	Lésion traumatique d'organes intra-abdominaux
37	S37	Lésion traumatique des organes pelviens et urinaires
38	S38.1	Écrasement de parties autres et non précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
39	S42.0	Fracture de la clavicule
40	S42.1	Fracture de l'omoplate
41	S72.0	Fracture du col du fémur
42	S75.0	Lésion traumatique de l'artère fémorale
43	S77	Écrasement de la hanche et de la cuisse
44	S78	Amputation traumatique de la hanche et de la cuisse
45	S86	Lésion traumatique de muscles et de tendons au niveau de la jambe
46	S88.0	Amputation traumatique au niveau du genou
47	T01.9	Plaies ouvertes multiples, sans précision

Numéro	CIM-10	Diagnostic
48	T06.8	Autres lésions traumatiques précisées de plusieurs parties du corps
49	T20.3	Brûlure du troisième degré de la tête et du cou
50	T21	Brûlure et corrosion du tronc
51	T22.3	Brûlure du troisième degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
52	T24	Brûlure et corrosion de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied
53	T27	Brûlure et corrosion des voies respiratoires
54	T29.3	Brûlures de parties multiples du corps, au moins une brûlure du troisième degré mentionnée
55	T30.3	Brûlure du troisième degré, partie du corps non précisée
56	T58	Effet toxique du monoxyde de carbone
57	T68	Hypothermie
58	T71	Asphyxie
59	T75.1	Noyade et submersion non mortelle
60	T79.4	Choc traumatique (immédiat/retardé faisant suite à un traumatisme)

## Annexe C

**Tableau C1. Indicateurs spécifiques aux établissements de soins de santé**

Indicateur	Description	Source des données
Chutes pédiatriques dans les hôpitaux	Nombre de chutes par 1 000 jours-patients	Sources multiples; spécifiques aux régions
Mesures de prévention des chutes dans les hôpitaux	Mise en œuvre éventuelle de mesures de prévention des chutes dans les hôpitaux.	Questionnaire spécifique à l'étude rempli par des employés des hôpitaux
Séances de formation sur la prévention des chutes	Nombre de séances de formation sur la prévention des chutes suivies par les infirmières et infirmières débutantes	Questionnaire spécifique à l'étude rempli par des employés des hôpitaux
Chutes de nouveau-nés	Nombre de chutes par 10 000 naissances vivantes. Défini comme étant la chute d'un nouveau-né, d'un nourrisson ou d'un enfant des mains, des bras ou des genoux d'une personne qui le tenait ou le portait. La chute est comptée sans égard à la surface sur laquelle l'enfant est tombé et au fait qu'elle a causé ou non un traumatisme.	Base de données sans but lucratif sur le système de santé contenant des données d'un établissement de soins tertiaires, de trois hôpitaux communautaires et de quatre hôpitaux de soins essentiels de collectivités rurales  National Databases of Nursing Quality Indicators (États-Unis)
Chutes causant des traumatismes survenues à l'hôpital chez des enfants en développement	Nombre de chutes survenues chez des enfants en développement, c'est-à-dire chez des nourrissons, tout-petits ou enfants d'âge préscolaire qui apprennent à se tenir debout, à marcher, à courir ou à pivoter.	National Database of Nursing Quality Indicators (États-Unis)
Chutes survenues en présence d'un soignant	Proportion de chutes survenues lorsque le patient était seul ou en présence d'un tuteur ou d'un membre du personnel	Rapports d'incident des établissements de soins tertiaires
Chutes du lit dans les services d'urgence pédiatriques	Nombre de chutes du lit d'enfants dans les services d'urgence pédiatriques	Bases de données d'hôpitaux
Chutes prévisibles	Nombre de chutes chez les patients à risque (le risque étant établi au moyen d'un outil d'évaluation du risque de chute)	Bases de données des États sur les soins de santé (Australie)

Indicateur	Description	Source des données
Chutes imprévisibles	Nombre de chutes chez les patients qui ne sont pas à risque de chute (le risque étant établi au moyen d'un outil d'évaluation du risque de chute)	Bases de données des États sur les soins de santé (Australie)

---

## Annexe D

**Tableau D1. Taux et ratios des taux d'hospitalisation pour traumatismes graves et non graves liés aux chutes selon la circonscription sanitaire, personnes de 0 à 4 ans, 2010-2019**

Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire d'Algoma	171,10	1 520,91	0,11
Circonscription sanitaire du comté de Brant	224,57	1 770,15	0,13
Circonscription sanitaire de Chatham-Kent	208,53	1 194,31	0,17
Circonscription sanitaire de la région de Durham	117,66	952,51	0,12
Circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario	179,58	1 162,57	0,15
Circonscription sanitaire de Grey Bruce	144,40	1 311,67	0,11
Circonscription sanitaire de Haldimand-Norfolk	230,91	1 367,67	0,17
Circonscription sanitaire du district de Haliburton, Kawartha, Pine Ridge	101,01	1 111,11	0,09
Circonscription sanitaire de la région de Halton	127,45	993,46	0,13
Circonscription sanitaire de Hamilton	123,78	1 075,15	0,12
Circonscription sanitaire des comtés de Hastings et Prince Edward	183,01	1 411,76	0,13
Circonscription sanitaire de Huron Perth	217,25	1 776,36	0,12
Circonscription sanitaire de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington	177,38	1 274,94	0,14

Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire de Lambton	146,94	1 714,29	0,09
Circonscription sanitaire du district de Leeds, Grenville et Lanark	216,07	1 147,87	0,19
Circonscription sanitaire de Middlesex-London	248,14	1 261,37	0,20
Circonscription sanitaire de la région de Niagara	173,29	1 641,40	0,11
Circonscription sanitaire du district de North Bay	236,58	1 346,68	0,18
Circonscription sanitaire du Nord-Ouest	104,71	1 298,43	0,08
Circonscription sanitaire d'Ottawa	202,58	986,29	0,21
Circonscription sanitaire d'Oxford-Elgin-St. Thomas	207,16	1 476,05	0,14
Circonscription sanitaire de la région de Peel	159,86	1 053,53	0,15
Circonscription sanitaire de Peterborough	120,12	1 276,28	0,09
Circonscription sanitaire de Porcupine	284,55	1 707,32	0,17
Circonscription sanitaire du comté et du district de Renfrew	193,66	968,31	0,20
Circonscription sanitaire de Simcoe Muskoka	160,81	916,23	0,18
Circonscription sanitaire de Sudbury et du district	133,26	1 055,87	0,13
Circonscription sanitaire du district de Thunder Bay	257,57	2 202,19	0,12

Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire de Timiskaming	*148,80	1 369,05	*0,11
Circonscription sanitaire de Toronto	206,62	1 052,21	0,20
Circonscription sanitaire de Waterloo	111,86	1 036,35	0,11
Circonscription sanitaire de Wellington-Dufferin-Guelph	209,75	1 110,43	0,19
Circonscription sanitaire de Windsor-comté d'Essex	138,82	1 036,19	0,13
Circonscription sanitaire de la région de York	113,57	939,98	0,12

**Tableau D2. Taux et ratios des taux d'hospitalisation pour traumatismes graves et non graves liés aux chutes selon la circonscription sanitaire, personnes de 5 à 9 ans**

Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire d'Algoma	*46,99	1 917,29	*0,02
Circonscription sanitaire du comté de Brant	97,50	1 230,96	0,08
Circonscription sanitaire de Chatham-Kent	*44,05	1 515,42	*0,03
Circonscription sanitaire de la région de Durham	65,11	1 011,77	0,06
Circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario	97,30	787,26	0,12
Circonscription sanitaire de Grey Bruce	84,29	1 180,01	0,07
Circonscription sanitaire de Haldimand-Norfolk	103,90	1 541,14	0,07



Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire du district de Haliburton, Kawartha, Pine Ridge	*32,36	1 009,71	*0,03
Circonscription sanitaire de la région de Halton	86,90	1 137,59	0,08
Circonscription sanitaire de Hamilton	68,13	1 536,37	0,04
Circonscription sanitaire des comtés de Hastings et Prince Edward	96,74	1 039,90	0,09
Circonscription sanitaire de Huron Perth	112,43	1 511,56	0,07
Circonscription sanitaire de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington	*25,44	936,39	*0,03
Circonscription sanitaire de Lambton	130,62	1 436,87	0,09
Circonscription sanitaire du district de Leeds, Grenville et Lanark	72,25	939,19	0,08
Circonscription sanitaire de Middlesex-London	112,64	1 553,70	0,07
Circonscription sanitaire de la région de Niagara	79,95	1 463,63	0,05
Circonscription sanitaire du district de North Bay	*41,49	1 261,41	*0,03
Circonscription sanitaire du Nord-Ouest	*48,44	1 182,17	*0,04
Circonscription sanitaire d'Ottawa	68,88	996,00	0,07
Circonscription sanitaire d'Oxford-Elgin-St. Thomas	72,03	1 504,60	0,05

Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire de la région de Peel	68,76	870,91	0,08
Circonscription sanitaire de Peterborough	*36,81	942,56	*0,04
Circonscription sanitaire de Porcupine	*48,78	1 678,05	*0,03
Circonscription sanitaire du comté et du district de Renfrew	142,73	909,90	0,16
Circonscription sanitaire de Simcoe Muskoka	87,67	910,47	0,10
Circonscription sanitaire de Sudbury et du district	96,81	1 055,18	0,09
Circonscription sanitaire du district de Thunder Bay	134,89	1 549,11	0,08
Circonscription sanitaire de Timiskaming	*147,05	1 117,65	*0,13
Circonscription sanitaire de Toronto	83,69	1 204,96	0,07
Circonscription sanitaire de Waterloo	82,49	1 060,19	0,08
Circonscription sanitaire de Wellington-Dufferin-Guelph	58,38	1 185,06	0,05
Circonscription sanitaire de Windsor-comté d'Essex	61,86	1 073,80	0,06
Circonscription sanitaire de la région de York	78,70	954,79	0,08

**Tableau D3. Taux et ratios des taux d'hospitalisation pour traumatismes graves et non graves liés aux chutes selon la circonscription sanitaire, personnes âgées de 10 à 14 ans**

Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire d'Algoma	132,20	1 227,57	0,11
Circonscription sanitaire du comté de Brant	112,36	799,00	0,14
Circonscription sanitaire de Chatham-Kent	*43,21	847,02	*0,05
Circonscription sanitaire de la région de Durham	103,55	675,54	0,15
Circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario	73,53	634,19	0,12
Circonscription sanitaire de Grey Bruce	186,45	994,41	0,19
Circonscription sanitaire de Haldimand-Norfolk	149,38	1 410,79	0,11
Circonscription sanitaire du district de Haliburton, Kawartha, Pine Ridge	156,63	819,28	0,19
Circonscription sanitaire de la région de Halton	90,57	721,96	0,13
Circonscription sanitaire de Hamilton	149,23	1 187,04	0,13
Circonscription sanitaire des comtés de Hastings et Prince Edward	87,01	596,64	0,15
Circonscription sanitaire de Huron Perth	87,94	678,39	0,13
Circonscription sanitaire de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington	103,90	654,55	0,16
Circonscription sanitaire de Lambton	91,05	1 183,61	0,08

Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire du district de Leeds, Grenville et Lanark	80,69	530,26	0,15
Circonscription sanitaire de Middlesex-London	104,38	1 071,86	0,10
Circonscription sanitaire de la région de Niagara	136,93	1 086,86	0,13
Circonscription sanitaire du district de North Bay	99,59	1 178,42	0,08
Circonscription sanitaire du Nord-Ouest	*51,70	1 034,13	*0,05
Circonscription sanitaire d'Ottawa	80,99	593,28	0,14
Circonscription sanitaire d'Oxford-Elgin-St. Thomas	121,56	964,34	0,13
Circonscription sanitaire de la région de Peel	67,82	505,86	0,13
Circonscription sanitaire de Peterborough	201,55	713,18	0,28
Circonscription sanitaire de Porcupine	*52,08	1 000,00	*0,05
			*0,10
Circonscription sanitaire du comté et du district de Renfrew	*47,25	472,59	0,23
Circonscription sanitaire de Simcoe Muskoka	158,26	675,90	0,11
Circonscription sanitaire de Sudbury et du district	109,34	984,10	0,11
Circonscription sanitaire du district de Thunder Bay	137,93	1 291,54	*0,16

Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire de Timiskaming	*154,79	990,71	0,14
Circonscription sanitaire de Toronto	96,77	702,54	0,14
Circonscription sanitaire de Waterloo	80,60	567,27	0,10
Circonscription sanitaire de Wellington-Dufferin-Guelph	81,25	853,16	0,11
Circonscription sanitaire de Windsor-comté d'Essex	79,28	721,89	0,12
Circonscription sanitaire de la région de York	74,65	629,58	

**Tableau D4 : Taux et ratios des taux d'hospitalisation pour traumatismes graves et non graves liés aux chutes selon la circonscription sanitaire, personnes âgées de 15 à 19 ans**

Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire d'Algoma	158,45	1 161,97	0,14
Circonscription sanitaire du comté de Brant	145,81	546,78	0,27
Circonscription sanitaire de Chatham-Kent	163,67	621,93	0,26
Circonscription sanitaire de la région de Durham	141,96	446,82	0,32
Circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario	177,38	647,45	0,27
Circonscription sanitaire de Grey Bruce	209,79	780,89	0,27
Circonscription sanitaire de Haldimand-Norfolk	289,63	945,12	0,31

Circonscription sanitaire	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes	Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes	Ratio des taux
Circonscription sanitaire du district de Haliburton, Kawartha, Pine Ridge	153,34	569,55	0,27
Circonscription sanitaire de la région de Halton	137,21	573,55	0,24
Circonscription sanitaire de Hamilton	186,74	790,54	0,24
Circonscription sanitaire des comtés de Hastings et Prince Edward	115,27	507,20	0,23
Circonscription sanitaire de Huron Perth	226,33	571,77	0,40
Circonscription sanitaire de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington	113,26	471,92	0,24
Circonscription sanitaire de Lambton	230,55	951,01	0,24
Circonscription sanitaire du district de Leeds, Grenville et Lanark	149,02	574,77	0,26
Circonscription sanitaire de Middlesex-London	172,19	648,47	0,27
Circonscription sanitaire de la région de Niagara	225,55	773,87	0,29
Circonscription sanitaire du district de North Bay	216,38	880,99	0,25
Circonscription sanitaire du Nord-Ouest	258,45	1 013,92	0,25
Circonscription sanitaire d'Ottawa	118,90	536,81	0,22
Circonscription sanitaire d'Oxford-Elgin-St. Thomas	186,76	592,77	0,32

<b>Circonscription sanitaire</b>	<b>Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes</b>	<b>Taux d'hospitalisation pour traumatismes non graves liés aux chutes</b>	<b>Ratio des taux</b>
Circonscription sanitaire de la région de Peel	92,64	355,10	0,26
Circonscription sanitaire de Peterborough	81,47	285,13	0,29
Circonscription sanitaire de Porcupine	174,93	855,20	0,20
Circonscription sanitaire du comté et du district de Renfrew	222,63	705,01	0,32
Circonscription sanitaire de Simcoe Muskoka	184,00	520,82	0,35
Circonscription sanitaire de Sudbury et du district	134,17	706,62	0,19
Circonscription sanitaire du district de Thunder Bay	243,76	975,04	0,25
Circonscription sanitaire de Timiskaming	369,39	1 002,64	0,37
Circonscription sanitaire de Toronto	114,07	454,92	0,25
Circonscription sanitaire de Waterloo	127,94	443,32	0,29
Circonscription sanitaire de Wellington-Dufferin-Guelph	173,21	714,48	0,24
Circonscription sanitaire de Windsor-comté d'Essex	118,95	483,74	0,25
Circonscription sanitaire de la région de York	112,13	428,51	0,26

## Annexe E

### Tableaux descriptifs sur les indicateurs

Tableau E1. Taux de visites aux services d'urgence pour chutes

Indicateur	Taux de visites aux services d'urgence pour chutes
<b>Définition opérationnelle</b>	Nombre de visites aux services d'urgence pour chutes/taux de visites aux services d'urgence pour chutes par 100 000 habitants
<b>Importance et utilisation</b>	Le taux de visites aux services d'urgence pour chutes est un indicateur clé du fardeau des chutes pour le système de santé. La déclaration annuelle de ces données permettrait aux utilisateurs d'observer les tendances au fil du temps et d'acquérir une compréhension générale du fardeau des chutes au sein de la population.
<b>Principaux termes</b>	<b>Visites aux services d'urgence</b> : Il y a visite aux services d'urgence lorsqu'une personne se présente à ces services, ou à un centre hospitalier de soins urgents, par ses propres moyens ou en ambulance, sans rendez-vous.
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b> : Nombre de visites aux services d'urgence pour chutes d'enfants et de jeunes de 0 à 19 ans <b>Dénominateur</b> : Population totale des personnes de 0 à 19 ans habitant en Ontario <b>Calcul</b> : (Numérateur/dénominateur) x 100 000
<b>Données nécessaires</b>	Nombre total de visites aux services d'urgence pour chutes des enfants de 0 à 4 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans Codes de cause externe de la CIM-10 : W00-W19 Projections démographiques – personnes de 0 à 19 ans
<b>Provenance</b>	<b>Numérateur</b> : Origine : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Distribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – SavoirSanté Ontario. <b>Dénominateur</b> : Projections démographiques (2003 à 2017) Origine : Statistique Canada Distribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – SavoirSanté Ontario



Indicateur	Taux de visites aux services d'urgence pour chutes
<p><b>Analyses secondaires possibles*</b></p> <p>*Nota : Il s'agit de variables suggérées à des fins d'analyse secondaire et non d'une liste exhaustive.</p>	<p>Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes :</p> <p><b>Statut socioéconomique ou niveau de marginalisation</b></p> <p><b>Emplacement géographique (Ontario, circonscription sanitaire, municipalité et secteurs plus petits selon des données agrégées sur les codes postaux)</b></p> <p><b>Caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe</b></p>
<p><b>Limites</b></p>	<p>Les dossiers des services d'urgence dépourvus de l'âge ou du sexe ne peuvent être inclus dans le calcul des taux normalisés selon l'âge et selon l'âge et le sexe.</p> <p>Projections démographiques indisponibles pour 2018 et 2019.</p>

**Tableau E2. Taux d'hospitalisation pour chutes**

Indicateur	Taux d'hospitalisation pour chutes
<p><b>Définition opérationnelle</b></p>	<p>Nombre d'hospitalisations/taux d'hospitalisation pour chutes par 100 000 habitants</p>
<p><b>Utilisation et importance</b></p>	<p>Le taux d'hospitalisation pour chutes représente le nombre de personnes atteintes de traumatismes liés aux chutes qui se sont présentées aux services d'urgence puis ont été hospitalisées. Cet indicateur tient compte des traumatismes liés aux chutes qui sont assez graves pour nécessiter une hospitalisation, et il contribue à la compréhension du fardeau des traumatismes liés aux chutes. La déclaration annuelle de ces données peut informer les utilisateurs de l'évolution des tendances relatives aux traumatismes liés aux chutes nécessitant une hospitalisation, et rendre compte de l'efficacité des mesures actuelles de prévention des chutes pour prévenir les traumatismes graves.</p>
<p><b>Principaux termes</b></p>	<p><b>Hospitalisation</b> : S'entend de l'hospitalisation d'un patient qui s'est présenté aux services d'urgence sans rendez-vous.</p>
<p><b>Méthode de calcul</b></p>	<p><b>Numérateur</b> : Nombre de personnes qui se sont présentées aux services d'urgence pour un traumatisme lié à une chute puis ont été hospitalisées</p> <p><b>Dénominateur</b> : Population totale des personnes de 0 à 19 ans habitant en Ontario</p> <p><b>Calcul</b> : (Numérateur/dénominateur) x 100 000</p>
<p><b>Données nécessaires</b></p>	<p>Nombre total de personnes de 0 à 4 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans qui ont été hospitalisées en raison de traumatismes liés aux chutes</p>

Indicateur	Taux d'hospitalisation pour chutes
	Projections démographiques – personnes de 0 à 19 ans
<b>Provenance</b>	<p><b>Numérateur :</b> Origine : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Distribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – SavoirSanté Ontario.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Projections démographiques (2003 à 2017)</p> <p>Origine : Statistique Canada</p> <p>Distribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – SavoirSanté Ontario</p>
<b>Analyses secondaires possibles*</b>	<p>Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes :</p> <p><b>Statut socioéconomique ou niveau de marginalisation</b></p> <p><b>Emplacement géographique (Ontario, circonscription sanitaire, municipalité et secteurs plus petits selon des données agrégées sur les codes postaux)</b></p> <p><b>Caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe</b></p>
<b>Limites</b>	<p>Les dossiers d'hospitalisation dépourvus de l'âge ou du sexe ne peuvent être inclus dans le calcul des taux normalisés selon l'âge et selon l'âge et le sexe.</p> <p>Projections démographiques indisponibles pour 2018 et 2019.</p>

**Tableau E3. Taux de mortalité par chutes**

Indicateur	Taux de mortalité par chutes
<b>Définition opérationnelle</b>	Taux de mortalité par chutes par 100 000 habitants
<b>Utilisation et importance</b>	<p>La mortalité par chutes est relativement rare, et elle fait suite aux traumatismes liés aux chutes les graves. Cette donnée peut permettre de relever la cause des traumatismes les plus graves qui causent le décès. Conjugée à d'autres indicateurs, la mortalité par chutes peut contribuer à la compréhension du fardeau des traumatismes liés aux chutes au sein de la population.</p>
<b>Principaux termes</b>	<p>Le <b>lieu du décès</b> indique où la chute ayant causé le décès a eu lieu (à la maison, à l'extérieur de la maison, à l'hôpital, etc.)</p> <p>La <b>mortalité intentionnelle</b> résulte de l'intention de blesser ou d'agresser une personne ou de se blesser soi-même, causant une chute et le décès.</p> <p>La <b>mortalité non intentionnelle</b> ne comporte pas d'intention de blesser; elle est accidentelle, et les incidents sont généralement classés selon les</p>

Indicateur	Taux de mortalité par chutes
	circonstances (p. ex., cause de la chute, parties du corps en cause, cause du décès).
<b>Méthode de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b> : Nombre total de décès attribuables aux traumatismes liés aux chutes chez les personnes de 0 à 19 ans</p> <p><b>Dénominateur</b> : Population totale des personnes de 0 à 19 ans habitant en Ontario</p> <p><b>Calcul</b> : (Numérateur/dénominateur) x 100 000</p>
<b>Données nécessaires</b>	<p>Nombre total de décès attribuables aux traumatismes liés aux chutes chez les personnes de 0 à 4 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans</p> <p>Projections démographiques – personnes de 0 à 19 ans</p> <p>Données requises pour les stratifications souhaitées (p. ex., sexe, emplacement géographique)</p>
<b>Provenance</b>	<p><b>Numérateur</b> : Origine : Statistiques de l'état civil, Bureau du registraire général de l'état civil de l'Ontario. Distribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – SavoirSanté Ontario.</p> <p><b>Dénominateur</b> : Projections démographiques (2003 à 2015)</p> <p>Origine : Statistique Canada</p> <p>Distribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – SavoirSanté Ontario</p>
<b>Analyses secondaires possibles*</b>	<p>Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes :</p> <p><b>Statut socioéconomique ou niveau de marginalisation</b></p> <p><b>Emplacement géographique (Ontario, circonscription sanitaire, municipalité et secteurs plus petits selon des données agrégées sur les codes postaux)</b></p> <p><b>Caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe</b></p>
<b>Limites</b>	Les décès attribuables aux chutes sont relativement rares, de sorte qu'il faut généralement s'appuyer sur des données portant sur plusieurs années afin de produire des estimations de la mortalité.

**Tableau E4 : Taux de consultation en soins primaires pour traumatismes liés aux chutes**

Indicateur	Taux de consultation en soins primaires pour traumatismes liés aux chutes
<b>Définition opérationnelle</b>	Taux de consultation en soins primaires pour traumatismes liés aux chutes par 100 années-personnes
<b>Utilisation et importance</b>	Toutes les personnes qui subissent un traumatisme lié à une chute ne se présentent pas aux services d'urgence; certaines font appel plutôt à un médecin de premier recours. Tenir compte des consultations en soins primaires pour traumatismes liés aux chutes permettra de déterminer le fardeau des chutes pour le système de santé et les ressources de santé auxquels on fait appel après une chute.
<b>Principaux termes</b>	Le <b>taux de consultation en soins primaires</b> est le nombre total de consultations en soins primaires pour traumatismes liés aux chutes chez les personnes de 0 à 19 ans au cours d'une période donnée, parmi un groupe de patients plus nombreux.
<b>Méthode de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b> : Nombre de consultations en soins primaires pour traumatismes liés aux chutes</p> <p><b>Dénominateur</b> : Nombre de consultations en soins primaires (sans égard à la cause) au cours d'une période donnée (p. ex., un an).</p> <p><b>Calcul</b> : Numérateur/dénominateur</p> <p>Par exemple, si un médecin a reçu 1 000 jeunes ou enfants pour une consultation en soins primaires au cours d'une période d'un an, la population à risque serait de 1 000 années-personnes. Si 25 jeunes ou enfants se sont présentés chez le médecin avec un traumatisme lié à une chute au cours de la même période, il y a eu 25 consultations en soins primaires liées à des chutes par 1 000 années-personnes, ou 2,5 par 100 années-personnes.</p>
<b>Données nécessaires</b>	<p><b>Numérateur</b> : Nombre de consultations en soins primaires pour traumatismes liés aux chutes de personnes âgées de 0 à 4 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans au cours d'une période donnée (p. ex., un an)</p> <p><b>Dénominateur</b> : Nombre de consultations en soins primaires (sans égard à la cause) au cours d'une période donnée (p. ex., un an) d'enfants âgés de 0 à 19 ans en Ontario.</p>
<b>Provenance</b>	<p>Les consultations en soins primaires peuvent être obtenues à partir des demandes présentées par les médecins au Régime d'assurance-santé de l'Ontario; cependant, les motifs des consultations, par exemple, un traumatisme lié à une chute, ne sont pas codés systématiquement.</p> <p>De plus, aux États-Unis, certaines données sur les consultations en soins primaires pour traumatismes se trouvent dans le National Ambulatory Medical Care Survey mené par le National Center for Health Statistics.</p>

Indicateur	Taux de consultation en soins primaires pour traumatismes liés aux chutes
<p><b>Analyses secondaires possibles*</b></p> <p>*Nota : Il s'agit de variables suggérées à des fins d'analyse secondaire et non d'une liste exhaustive.</p>	<p>Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes :</p> <p><b>Statut socioéconomique ou niveau de marginalisation</b></p> <p><b>Emplacement géographique (Ontario, circonscription sanitaire, municipalité et secteurs plus petits selon des données agrégées sur les codes postaux)</b></p> <p><b>Caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe</b></p>
<b>Limites</b>	Les données sur lesquelles s'appuie cet indicateur ne sont pas rendues publiques.

**Tableau E5. Années potentielles de vie perdues en raison des chutes**

Indicateur	Années potentielles de vie perdues en raison des chutes
<b>Définition</b>	Années potentielles de vie perdues en raison des chutes chez les personnes âgées de 0 à 19 ans
<b>Utilisation et importance</b>	Les années potentielles de vie perdues (APVP) permettent de mesurer les pertes de vies attribuables à un décès « prématuré » occasionné par des traumatismes liés aux chutes. Les APVP tiennent davantage compte des causes des décès survenus à un âge précoce et font mieux ressortir les répercussions de ces décès dans l'enfance que le taux de mortalité seul, surtout lorsque ces causes sont comparées à d'autres causes principales de décès chez les personnes plus âgées (p. ex., maladies cardiovasculaires) (5).
<b>Principaux termes</b>	Les <b>années potentielles de vie perdue (APVP)</b> sont un indicateur de mortalité prématurée qui représente le nombre total d'années qu'une personne décédée avant l'âge de 75 ans n'a pas vécues.
<b>Méthode de calcul</b>	<p>Les APVP peuvent être calculées de deux façons :</p> <p><b>Au niveau individuel :</b> Les APVP en raison du décès sont calculées pour chaque personne qui est décédée avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui est décédée à 15 ans compterait 60 années potentielles de vie perdue. Les APVP correspondent à la somme des APVP de chaque personne. Le taux est ensuite obtenu en divisant le total des années potentielles de vie perdues par la population totale des personnes de moins de 75 ans.</p> <p><b>Au niveau du groupe d'âge :</b> Les APVP en raison d'un décès attribuable aux traumatismes liés aux chutes sont calculées pour chaque groupe d'âge (c.-à-d. de 0 à 4 ans, de 5 à 9 ans, etc.) en multipliant le nombre de décès par la différence entre 75 ans et l'âge moyen au décès dans chaque groupe d'âge. Les années potentielles de vie perdue</p>

Indicateur	Années potentielles de vie perdues en raison des chutes
	correspondent à la somme des produits obtenus pour chaque groupe d'âge. Le taux est ensuite obtenu en divisant le total des APVP par la population totale des personnes de moins de 75 ans.
<b>Données nécessaires</b>	<p>Nombre total de décès attribuables aux traumatismes liés aux chutes chez les enfants de 0 à 4 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans</p> <p>Population des enfants et des jeunes âgés de 0 à 19 ans</p>
<b>Provenance</b>	<p>Le registre central des statistiques de l'état civil de chacune des provinces et des territoires fournit les données des enregistrements de décès à Statistique Canada.</p> <p>Des ensembles de données nationales sur les décès peuvent aussi être obtenus par l'entremise du Registre national des traumatismes (RNT) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).</p>
<b>Analyses secondaires possibles*</b>	<p>Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes :</p> <p><b>Statut socioéconomique ou niveau de marginalisation</b></p> <p><b>Emplacement géographique (Ontario, circonscription sanitaire, municipalité et secteurs plus petits selon des données agrégées sur les codes postaux)</b></p> <p><b>Caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe</b></p>
<b>Limites</b>	<p>Les années potentielles de vie perdue ne constituent pas un indicateur fréquemment abordé dans la documentation, ce qui peut compliquer la comparaison des données.</p>

**Tableau E6. Proportion des chutes selon le lieu**

Indicateur	Proportion des chutes selon le lieu
<b>Définition opérationnelle</b>	Proportion du total des chutes selon le lieu
<b>Utilisation et importance</b>	Déterminer le lieu des chutes ayant causé des traumatismes peut éclairer la planification des interventions. Lorsqu'on connaît les endroits où les chutes se produisent le plus souvent, on peut orienter les mesures de prévention là où on en a le plus besoin.
<b>Principaux termes</b>	Le <b>lieu d'une chute</b> représente le type de lieu où une chute s'est produite (p. ex., un terrain de jeux).
<b>Méthode de calcul</b>	<p>Pour obtenir le taux de chutes selon le lieu :</p> <p><b>Numérateur</b> : Nombre de chutes chez les personnes de 0 à 19 ans à un endroit donné au cours d'une période donnée (p. ex., un an)</p>

Indicateur	Proportion des chutes selon le lieu
	<p>enregistrées lorsque ces personnes se présentent pour recevoir un traitement pour un traumatisme lié à une chute.</p> <p><b>Dénominateur</b> : Projections démographiques concernant les personnes de 0 à 19 ans habitant en Ontario au cours d'une période donnée (p. ex., un an).</p> <p><b>Calcul</b> : (Numérateur/dénominateur) x 100 000</p>
<b>Données nécessaires</b>	<p>Nombre de chutes enregistrées chez les personnes de 0 à 4 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans en Ontario selon le lieu de la chute</p> <p>Projections démographiques relatives aux personnes de 0 à 19 ans au cours d'une période donnée (p. ex., un an)</p>
<b>Provenance</b>	<p><b>Numérateur</b> : Des données sur personnes atteintes de traumatismes liés aux chutes qui se sont présentées aux services d'urgence se trouvent dans le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Distribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – SavoirSanté Ontario.</p> <p><b>Dénominateur</b> : Projections démographiques (2003 à 2015)</p> <p>Origine : Statistique Canada</p> <p>Distribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – SavoirSanté Ontario</p>
<b>Analyses secondaires possibles*</b>	<p>Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes :</p> <p><b>Statut socioéconomique ou niveau de marginalisation</b></p> <p><b>Emplacement géographique (Ontario, circonscription sanitaire, municipalité et secteurs plus petits selon des données agrégées sur les codes postaux)</b></p> <p><b>Caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe</b></p>
<b>Limites</b>	<p>Les données sur le lieu des chutes ne sont pas déclarées de façon systématique dans les sources de données existantes (p. ex., BDCP et SNISA).</p>

**Tableau E7. Coûts directs et indirects associés aux traumatismes liés aux chutes**

Indicateur	Coûts directs et indirects associés aux traumatismes liés aux chutes
<b>Définition opérationnelle</b>	Coûts directs et indirects associés aux traumatismes liés aux chutes
<b>Utilisation et importance</b>	<p>Le coût des traumatismes liés aux chutes est une estimation des <b>coûts directs</b> liés aux soins de santé ainsi que des <b>coûts indirects</b> attribuables à la perte de capital humain; c'est ce que l'on appelle les coûts d'incidence. Cet indicateur estime l'incidence économique globale des traumatismes liés aux chutes.</p>
<b>Principaux termes</b>	<p>Les études du coût d'une affection par l'évaluation des <b>coûts d'incidence</b> s'appuient sur les coûts directs et indirects associés à une affection au cours d'une année donnée.</p> <p>Les <b>coûts directs</b> sont les coûts liés aux soins de santé, c'est-à-dire les coûts de tous les biens et services requis pour traiter un patient. Il peut s'agir des fournitures médicales, des médicaments, des examens diagnostiques, des traitements et de la réadaptation, entre autres.</p> <p>Les <b>coûts indirects</b> sont les pertes de productivité pour la société, qui tiennent compte de l'incapacité de la personne blessée à accomplir ses principales activités. Ils sont calculés pour les personnes qui sont généralement en âge de travailler (15 à 64 ans), et ne sont donc pertinents en l'occurrence que pour les personnes de 15 à 19 ans.</p>
<b>Méthode de calcul</b>	<p><b>Coûts directs</b> : Somme des coûts directs liés aux soins de santé engagés en raison des traumatismes liés aux chutes chez les personnes de 0 à 19 ans.</p> <p><b>Coûts indirects</b> : Calculés en fonction du taux de chômage, du taux d'activité et du taux de salaire moyen.</p> <p>Pour une méthode de calcul plus détaillée, consultez le rapport <i>Le coût des blessures au Canada 2021</i> de Parachute<sup>4</sup>.</p>
<b>Données nécessaires</b>	<p>L'Electronic Resource Allocation Tool (outil électronique d'affectation des données, ERAT) fournit un cadre de classification et de calcul des coûts fondé sur des données canadiennes sur les blessures et des données trouvées dans la documentation sur le calcul des coûts des traumatismes afin de modéliser les coûts totaux de ces derniers.</p> <p>Les données contenues dans l'ERAT comprennent les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visites aux services d'urgence</li> <li>Hospitalisations</li> <li>Décès</li> <li>Incapacité</li> <li>Perte de productivité</li> </ul>



Indicateur	Coûts directs et indirects associés aux traumatismes liés aux chutes
<b>Provenance</b>	<p>Les données de l'ERAT proviennent de plusieurs sources :</p> <p><b>Visites aux services d'urgence</b> : Système national d'information sur les soins ambulatoires du Centre de surveillance et de recherche appliquée de l'Agence de la santé publique du Canada</p> <p><b>Hospitalisations</b> : Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé</p> <p><b>Décès</b> : Système canadien d'information socioéconomique (CANSIM) de Statistique Canada</p> <p><b>Perte de productivité</b> : Taux de chômage, taux d'activité et taux de salaire moyen obtenu du CANSIM de Statistique Canada pour calculer la perte de productivité</p>
<p><b>Analyses secondaires possibles*</b></p> <p>*Nota : Il s'agit de variables suggérées à des fins d'analyse secondaire et non d'une liste exhaustive.</p>	<p>Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes :</p> <p><b>Mécanisme des traumatismes liés aux chutes</b></p> <p><b>Emplacement géographique (comparaisons provinciales et nationales)</b></p>
<b>Limites</b>	Les coûts intangibles associés aux traumatismes, y compris la douleur, la dépendance et l'isolement social, ne sont pas pris en compte dans le calcul.

**Tableau E8. Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes**

Indicateur	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes
<b>Définition opérationnelle</b>	Nombre d'hospitalisations/taux d'hospitalisation par 100 000 habitants pour traumatismes graves liés aux chutes
<b>Utilisation et importance</b>	Bien qu'il soit normal qu'un enfant subisse des traumatismes liés aux chutes pendant son développement, certaines chutes peuvent causer des traumatismes graves nécessitant des soins médicaux. Déterminer la proportion des chutes qui causent des traumatismes graves ainsi que les mécanismes qui mènent à de tels traumatismes peut éclairer la planification des interventions en vue de prévenir les traumatismes les plus graves.
<b>Principaux termes</b>	Les traumatismes graves liés aux chutes peuvent être établis selon différentes méthodes; cependant, la méthode suivante est recommandée pour les traumatismes chez les enfants. Il s'agit d'un sous-ensemble des hospitalisations pour traumatismes liés aux chutes correspondant à certains codes de la CIM-10, comme l'ont décrit Pike et coll. (2017) <sup>8</sup> , notamment des traumatismes comme les fractures du

Indicateur	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes
	crâne, du cou, de la colonne vertébrale ou de la hanche et des lésions traumatiques de la moelle épinière.
<b>Méthode de calcul</b>	<p>Numérateur : Nombre d'hospitalisations pour traumatismes graves liés aux chutes chez les enfants et les jeunes (de 0 à 19 ans) de 2010 à 2019</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'hospitalisations pour traumatismes liés aux chutes OU population totale des personnes âgées de 0 à 19 ans habitant en Ontario</p> <p>Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000</p>
<b>Données nécessaires</b>	<p>Nombre total d'hospitalisations pour traumatismes graves liés aux chutes chez les enfants et les jeunes de 0 à 4 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans</p> <p>Codes de la CIM-10 pour les lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T88)</p> <p>Codes de la CIM-10 pour les traumatismes liés aux chutes (codes de causes externes : W00-W19)</p> <p>Codes de la CIM-10 pour les hospitalisations pour traumatismes graves tel que défini par Pike et coll., 2017 (S01.9-T79.4)</p> <p>Population des enfants et des jeunes de 0 à 19 ans [stratifiée selon le groupe d'âge (0 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans et 15 à 19 ans), le sexe et la circonscription sanitaire]</p>
<b>Provenance</b>	<p>Numérateur : Origine : Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Distribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – SavoirSanté Ontario.</p> <p>Dénominateur : Population des enfants et des jeunes de 0 à 19 ans (2016 et 2017)</p> <p>Origine : Statistique Canada, recensement de 2016</p> <p>Distribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – SavoirSanté Ontario</p>
<b>Analyses secondaires possibles*</b>	<p>Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes :</p> <p>Statut socioéconomique ou niveau de marginalisation</p> <p>Emplacement géographique (Ontario, circonscription sanitaire, municipalité et secteurs plus petits selon des données agrégées sur les codes postaux)</p> <p>Caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe</p>

Indicateur	Taux d'hospitalisation pour traumatismes graves liés aux chutes
Limites	<p>Pour certaines circonscriptions sanitaires, le nombre d'hospitalisations pour traumatismes graves liés aux chutes doit être supprimé pour certains groupes d'âge, car leur nombre était inférieur à 5.</p> <p>Données sur la population d'enfants et de jeunes indisponibles pour 2010 et 2019.</p>

**Tableau E9. Taux de visites à domicile effectuées dans le cadre du programme « Bébés en santé, enfants en santé »**

Indicateur	Taux de visites à domicile effectuées dans le cadre du programme « Bébés en santé, enfants en santé »
Définition opérationnelle	Taux de visites à domicile chez les participants au programme « Bébés en santé, enfants en santé »
Utilisation et importance	<p>Le <a href="#">programme</a> « Bébés en santé, enfants en santé » (BSES) vise à aider les enfants ontariens à connaître un bon départ dans la vie et à leur donner des occasions de réaliser leur potentiel.</p> <p>Il est important de déterminer le nombre de visites à domicile effectuées dans le cadre du programme, car les outils, les méthodes et la formation fournis peuvent aider les enfants participants à vivre une vie plus saine, et réduire ainsi le risque de traumatismes non intentionnels attribuables aux chutes. Réduire ce risque peut contribuer à alléger le fardeau des traumatismes pour le système de santé et à améliorer la qualité de vie des familles.</p> <p>Le <b>taux de réussite du programme</b> permettra de déterminer combien de familles admissibles terminent le programme (sans décrocher avant le suivi).</p>
<b>Principaux termes</b>	
Méthode de calcul	<p><b>Numérateur</b> : Nombre de mères admissibles qui terminent le programme « Bébés en santé, enfants en santé »</p> <p><b>Dénominateur</b> : Nombre total de mères admissibles qui participent au programme « Bébés en santé, enfants en santé »</p> <p><b>Calcul</b> : Numérateur/dénominateur x 100 000</p>
Données nécessaires	<p>Nombre de mères inscrites au programme BSES qui ont terminé le programme au cours d'une période donnée.</p> <p>Nombre de mères inscrites au programme BSES qui n'ont suivi qu'une partie du programme au cours d'une période donnée.</p>

Indicateur	Taux de visites à domicile effectuées dans le cadre du programme « Bébés en santé, enfants en santé »
Provenance	Sous-système de production de rapports du Système d'information sur les services intégrés pour la santé et le développement des enfants (SSPRS-SDE)
Analyses secondaires possibles*	<p>Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes :</p> <p><b>Statut socioéconomique ou niveau de marginalisation</b></p> <p><b>Emplacement géographique (Ontario, circonscription sanitaire, municipalité et secteurs plus petits selon des données agrégées sur les codes postaux)</b></p> <p><b>Caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe</b></p>
Limites	La participation à ce programme est volontaire, ce qui peut limiter sa portée aux participants admissibles

**Tableau E10. Cote de prévention des chutes**

Indicateur	Cote de prévention des chutes
Définition opérationnelle	Cote de prévention des chutes reposant sur les fiches de rendement en prévention des chutes (selon la région) compte tenu des mesures prises pour prévenir les chutes
Utilisation et importance	<p>L'European Safety Alliance et l'OMS ont publié des fiches de rendement en prévention des chutes pour sensibiliser au fait que les traumatismes chez les enfants peuvent être évités. Elles peuvent permettre de comparer les pratiques de différentes régions en matière de prévention des traumatismes.</p> <p>Ces fiches ont été adaptées au contexte canadien afin de comparer les taux de traumatismes et les politiques de prévention des provinces<sup>15</sup>.</p>
Principaux termes	
Méthode de calcul	<p>Cinq paramètres peuvent être utilisés pour comparer les taux et stratégies de prévention des traumatismes chez les enfants :</p> <p>Taux d'hospitalisation par 100 000 habitants à l'échelle de la population</p> <p>Variation en pourcentage du taux d'hospitalisation par 100 000 habitants</p> <p>Taux de mortalité par 100 000 habitants à l'échelle de la population</p> <p>Variation en pourcentage du taux de mortalité par 100 000 habitants</p>

Indicateur	Cote de prévention des chutes
<p><b>Données nécessaires</b></p>	<p>Cote relative aux politiques et textes de loi fondés sur des données probantes en matière de prévention</p> <p>Pour en savoir plus sur le calcul des cotes provinciales de prévention des chutes, consulter Fridman et coll., 2019<sup>15</sup>.</p> <p>*La fiche de rendement actuelle évalue six politiques de prévention des traumatismes pour établir la cote relative aux politiques; cependant, aucune n'a trait à la prévention des chutes. Cet indicateur devrait être adapté à la prévention des chutes en s'assurant qu'il permet d'évaluer les politiques en la matière.</p> <p>Nombre total d'hospitalisations pour traumatismes liés aux chutes d'enfants âgés de 0 à 4 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans.</p> <p>Nombre total de décès attribuables à des traumatismes liés aux chutes d'enfants âgés de 0 à 4 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans.</p> <p>Projections démographiques – personnes âgées de 0 à 19 ans</p>
<p><b>Provenance</b></p>	<p><b>Numérateur (hospitalisations) :</b> Origine : Base de données sur les congés des patients (BCDP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Distribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – SavoirSanté Ontario.</p> <p><b>Numérateur (mortalité) :</b> Des données sur les décès peuvent être obtenues de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, qui contient des renseignements démographiques et médicaux des registres provinciaux et territoriaux de la statistique de l'état civil sur tous les décès survenus au Canada.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Projections démographiques (2003 à 2017)</p> <p>Origine : Statistique Canada</p> <p>Distribué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – SavoirSanté Ontario</p>
<p><b>Analyses secondaires possibles*</b></p> <p>*Nota : Il s'agit de variables suggérées à des fins d'analyse secondaire et non d'une liste exhaustive.</p>	<p>Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes :</p> <p><b>Statut socioéconomique ou niveau de marginalisation</b></p> <p><b>Emplacement géographique (Ontario, circonscription sanitaire, municipalité et secteurs plus petits selon des données agrégées sur les codes postaux)</b></p>
<p><b>Limites</b></p>	<p>La fiche de rendement sur la sécurité des enfants (Child Safety Report Card) évalue actuellement les taux de traumatismes et les politiques de façon générale, et elle doit être adaptée à la prévention des chutes.</p>

**Tableau E11. Exigences municipales relatives à l’installation de dispositifs de sécurité pour fenêtres dans les immeubles d’habitation**

Indicateur	Exigences municipales relatives à l’installation de dispositifs de sécurité pour fenêtres dans les immeubles d’habitation
<b>Définition opérationnelle</b>	Proportion de municipalités ontariennes qui exigent l’installation de dispositifs de sécurité pour fenêtres dans tous les immeubles d’habitation.
<b>Utilisation et importance</b>	<p>Les dispositifs de sécurité pour fenêtres sont efficaces pour prévenir les chutes, particulièrement chez les enfants qui habitent des immeubles d’habitation.</p> <p>Les règlements municipaux obligent les locateurs à s’assurer que les enfants ne peuvent pas tomber des fenêtres de leurs immeubles.</p> <p>Idéalement, cet indicateur devrait être développé pour comprendre les données suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le nombre d’enfants et de jeunes blessés ou tués en tombant de fenêtres;</li> <li>2. Le nombre de ces traumatismes et décès survenus dans des municipalités ayant adopté un règlement obligeant l’installation de couvre-fenêtres;</li> <li>3. Le nombre de ces traumatismes et décès survenus dans des municipalités n’ayant pas adopté un règlement obligeant l’installation de couvre-fenêtres.</li> </ol> <p>Il serait également préférable de mesurer le taux de conformité des locateurs et propriétaires aux règlements sur l’installation de dispositifs de sécurité pour fenêtres.</p>
<b>Principaux termes</b>	<p><b>Article 629-21 (E et F) du règlement sur les dispositifs de sécurité pour fenêtres contenus dans les normes du bâtiment du code municipal de Toronto<sup>16</sup> :</b></p> <p>(E) Dans tout immeuble d’habitation, chaque fenêtre dont une partie peut s’ouvrir qui ne donne pas sur un balcon et qui se trouve à au moins deux mètres au-dessus du niveau du sol sur lequel elle donne doit être dotée d’un dispositif de sécurité l’empêchant de s’ouvrir de plus de 100 millimètres.</p> <p>(F) Toutes les fenêtres des parties communes d’un immeuble d’habitation qui sont à plus de deux mètres au-dessus du niveau du sol et ne donnent pas sur un balcon doivent être dotées d’un dispositif de sécurité conforme au code du bâtiment de l’Ontario si l’appui de fenêtre se trouve à moins d’un mètre du sol.</p>

Indicateur	Exigences municipales relatives à l'installation de dispositifs de sécurité pour fenêtres dans les immeubles d'habitation
Méthode de calcul	<p><b>Numérateur :</b></p> <p>Nombre de municipalités canadiennes faisant partie de chacune des catégories suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Municipalités ayant adopté un règlement comportant les dispositions précédentes</li> <li>2. Municipalités n'ayant pas adopté un tel règlement</li> </ol> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de municipalités au Canada (1 400 membres de la Fédération canadienne des municipalités).</p> <p><b>Calcul :</b> (Nombre de municipalités de chaque catégorie/nombre total de municipalités) x 100.</p>
Données nécessaires	<p>Nombre total de règlements municipaux prévoyant l'installation de dispositifs de sécurité pour fenêtres</p> <p>Nombre total de municipalités au Canada</p>
Provenance	Des renseignements sur les règlements municipaux peuvent être consultés en ligne ou obtenus auprès de chaque municipalité.
<p><b>Analyses secondaires possibles*</b></p> <p>*Nota : Il s'agit de variables suggérées à des fins d'analyse secondaire et non d'une liste exhaustive.</p>	<p>Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes :</p> <p><b>Statut socioéconomique ou niveau de marginalisation</b></p> <p><b>Emplacement géographique (Ontario, circonscription sanitaire, municipalité et secteurs plus petits selon des données agrégées sur les codes postaux)</b></p> <p><b>Caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe</b></p>
Limites	Il pourrait être difficile d'obtenir les données et de les tenir à jour.

**Tableau E12 : Exigence prévoyant que les terrains de jeux doivent être conformes aux normes de sécurité de l'Association canadienne de normalisation (CSA)**

Indicateur	Exigence prévoyant que les terrains de jeux doivent être conformes aux normes de sécurité de l'Association canadienne de normalisation (CSA)
<b>Définition opérationnelle</b>	Proportion des municipalités de l'Ontario qui exigent que les terrains de jeux soient conformes aux normes de la CSA.
<b>Utilisation et importance</b>	<p>Il a été démontré que la conformité aux normes de la CSA permet de prévenir les traumatismes subis dans les terrains de jeux<sup>17</sup>.</p> <p>Idéalement, cet indicateur devrait être développé afin de tenir compte des données suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le nombre d'enfants blessés dans les terrains de jeux;</li> <li>2. Le nombre de cas de traumatismes survenus dans les provinces qui exigent que tous les terrains de jeux soient conformes aux normes de la CSA;</li> <li>3. Le nombre de cas de traumatismes et de décès survenus dans les provinces qui n'exigent pas que les terrains de jeux soient conformes aux normes de la CSA.</li> </ol> <p>Il serait également préférable de déterminer le taux de conformité aux normes de la CSA relatives aux terrains de jeux dans les provinces qui exigent la conformité à ces normes.</p>
<b>Principaux termes</b>	L' <b>Association canadienne de normalisation (CSA)</b> établit des normes relatives aux terrains de jeux pour les enfants de divers âges.
<b>Méthode de calcul</b>	<p><b>Numérateur :</b></p> <p>Provinces exigeant la conformité des terrains de jeux aux normes de la CSA faisant partie de l'une des catégories suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Provinces ayant adopté une loi exigeant que tous les terrains de jeux soient conformes aux normes de la CSA;</li> <li>2. Provinces ayant adopté une loi exigeant que certains terrains de jeux (p. ex., ceux des garderies) soient conformes aux normes de la CSA;</li> <li>3. Provinces n'ayant pas adopté une loi exigeant que les terrains de jeux soient conformes aux normes de la CSA.</li> </ol> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre de provinces et de territoires (13)</p> <p><b>Calcul :</b> (Numérateur/dénominateur) x 100</p>



<b>Indicateur</b>	<b>Exigence prévoyant que les terrains de jeux doivent être conformes aux normes de sécurité de l'Association canadienne de normalisation (CSA)</b>
<b>Données nécessaires</b>	Données sur les normes et lois provinciales sur les terrains de jeux
<b>Provenance</b>	Lois provinciales sur les terrains de jeux
<b>Analyses secondaires possibles*</b>	Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes :
*Nota : Il s'agit de variables suggérées à des fins d'analyse secondaire et non d'une liste exhaustive.	<p><b>Statut socioéconomique ou niveau de marginalisation</b></p> <p><b>Emplacement géographique (Ontario, circonscription sanitaire, municipalité et secteurs plus petits selon des données agrégées sur les codes postaux)</b></p>
<b>Limites</b>	Certains terrains de jeux (p. ex., les terrains de jeux privés ou d'hôtel) pourraient être soustraits à l'application des règlements provinciaux.

**Tableau E13. Proportion des bureaux de santé publique qui ont à leur service un responsable de la prévention des chutes**

<b>Indicateur</b>	<b>Proportion des bureaux de santé publique qui ont à leur service un responsable de la prévention des chutes</b>
<b>Définition opérationnelle</b>	Proportion des bureaux de santé publique qui ont à leur service un responsable de la prévention des chutes.
<b>Utilisation et importance</b>	Disposer d'un personnel spécialisé dans la prévention des chutes travaillant dans le domaine de la santé publique serait avantageux pour mettre en place un système solide de prévention des chutes dans tous les secteurs de la santé. L'accès à un cadre normalisé et centralisé, décrivant les pratiques exemplaires pour réduire et prévenir les chutes, permet la continuité des soins et de l'éducation dans l'ensemble des territoires de compétence. Cela peut contribuer à améliorer l'équité des soins entre ces territoires en matière de prévention des chutes et de traitement des traumatismes liés aux chutes.
<b>Principaux termes</b>	Les <b>bureaux de santé publique</b> sont des organismes provinciaux qui fournissent des services directs à différentes populations dans une région géographique donnée (appelée circonscription sanitaire).
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b> : Le nombre de bureaux de santé publique qui disposent des services d'un responsable de la prévention des chutes à plein temps, pour la mise en œuvre de programmes de prévention des chutes.

<b>Indicateur</b>	<b>Proportion des bureaux de santé publique qui ont à leur service un responsable de la prévention des chutes</b>
	<p><b>Dénominateur</b> : Le nombre total de bureaux de santé publique en Ontario.</p> <p><b>Mode de calcul</b> : Numérateur/dénominateur</p>
<b>Données nécessaires</b>	Le nombre de bureaux de santé publique qui disposent des services d'un responsable de la prévention des chutes à plein temps, pour la mise en œuvre de programmes de prévention des chutes
<b>Provenance</b>	Ces données ne sont pas recueillies ni déclarées de façon systématique actuellement.
<b>Analyses secondaires possibles*</b> *Nota : Il s'agit de variables suggérées à des fins d'analyse secondaire et non d'une liste exhaustive.	Pour obtenir une meilleure compréhension des chutes, les données peuvent être analysées selon d'autres variables telles que les suivantes : <b>Emplacement géographique (Ontario, circonscription sanitaire, municipalité et secteurs plus petits selon des données agrégées sur les codes postaux)</b>
<b>Limites</b>	Il n'existe pas de cadre de déclaration pour les différents secteurs (p. ex., les bureaux de santé) qui comptent un responsable de la prévention des chutes au sein de leur personnel.

## Résumé des révisions

---

Page	Révision	Date de mise à jour
2	Les chiffres ont été modifiés dans l'introduction par souci d'exactitude. Ce changement avait déjà été approuvé mais n'avait pas été intégré dans le document final.	9 février 2023
5	Le tableau numéroté comportait 9 indicateurs, mais seuls les 1 à 8 étaient numérotés. Le numéro 9 a été ajouté au tableau.	9 février 2023

## Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Analyse environnementale : indicateurs de prévention des chutes chez les enfants pour la pratique en santé publique en Ontario*, 1<sup>re</sup> révision, Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l' Ontario, 2023.

## Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

## Historique des publications

Date de publication : janvier 2023

1<sup>re</sup> révision : février 2023

## Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter [santepubliqueontario.ca](https://santepubliqueontario.ca).