

ANALYSE ENVIRONNEMENTALE

Priorisation des indicateurs de prévention des chutes chez les aînés en Ontario

Date de publication : octobre 2022

Faits saillants

- En Ontario, les chutes constituent un important problème de santé publique pour les aînés. Dans le continuum du risque de chutes chez les aînés, plusieurs secteurs contribuent à la prévention des chutes, mais les efforts à cet égard ne sont pas concertés dans l'ensemble de la province.
- Le Groupe de collaboration pour la prévention des chutes (GCPC) de l'Ontario a été mis sur pied en 2019 en vue d'instaurer une approche systémique de la prévention des chutes en Ontario. Le GCPC a mis de l'avant la nécessité de posséder des indicateurs de prévention des chutes à l'échelle de la population à des fins de surveillance et d'orientation pour la mise en œuvre et l'évaluation des interventions.
- Une analyse environnementale misant sur la méthode Delphi modifiée a été utilisée pour cerner, prioriser et préciser les indicateurs de prévention des chutes à l'échelle populationnelle.
- La liste priorisée des indicateurs inclut :
 1. Le nombre de visites à l'urgence en raison d'une chute
 2. Les coûts directs et indirects associés aux blessures liées aux chutes
 3. La proportion de responsables affectés à la prévention des chutes au niveau systémique
 4. La proportion d'aînés pour lesquels une évaluation préalable complète du risque de chutes a été effectuée
 5. Le nombre d'hospitalisations liées à une chute
 6. Le taux de décès associés à une chute
 7. Le nombre d'appels au 911 suivis d'un transport vs le nombre d'appels non suivis d'un transport
 8. La proportion de chutes par lieu d'incident
- Une liste précise et priorisée des indicateurs de prévention des chutes chez les aînés est une ressource essentielle pour les praticiens en prévention des chutes de tous les secteurs qui peut également servir à orienter les programmes de santé publique.

Objectifs et portée

Les chutes représentent un important problème de santé publique en Ontario. Les initiatives de prévention des chutes se sont révélées utiles pour réduire les coûts des soins de santé associés aux chutes¹ cependant, une approche non concertée entre les secteurs ontariens a entravé la compréhension de l'incidence de ces mesures. Le Groupe de collaboration pour la prévention des chutes (GCPC) a été mis sur pied par la Fondation ontarienne de neurotraumatologie en 2019 en vue de favoriser une approche systémique de la prévention des chutes en Ontario¹. Le GCPC a insisté sur la nécessité de posséder des indicateurs populationnels à des fins de surveillance ainsi que pour orienter la mise en œuvre et l'évaluation des interventions à cet égard. Ces indicateurs peuvent être utiles dans toutes les stratégies préventives de santé publique, plus particulièrement à titre de mesures du rendement systémique en matière de prévention des chutes. Ce projet vise à cerner, prioriser et préciser les indicateurs de prévention des chutes à l'échelle de la population.

Contexte

Les chutes sont fréquentes chez les aînés (adultes âgés de 65 ans et plus) au Canada et chaque année en effet, de 20 à 30 % des aînés font une chute². Ces chutes ont des conséquences physiques immédiates, y compris des blessures, et elles constituent la principale raison des consultations à l'urgence et des hospitalisations en raison d'une blessure chez les aînés au Canada². En 2019-2020, les services d'urgence ont traité 199 683 cas de chute de personnes âgées³ et une partie d'entre eux était suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation. Pour les aînés, les chutes peuvent représenter un tournant vers la fragilité et le déclin général de la santé². En outre, les blessures liées à des chutes sont les plus coûteuses pour les Canadiens, représentant 10,3 milliards de dollars en coûts de santé directs et indirects⁴.

Chaque année depuis 2011 en Ontario, les chutes comptent pour plus de 65 % des hospitalisations motivées par des blessures chez les adultes de 65 à 74 ans, une proportion qui s'élève à 80 % dans le cas des adultes de plus de 75 ans⁵. Les chutes ont des conséquences physiques à long terme pour les aînés, notamment le besoin de réadaptation, l'accélération du déclin physique lié au vieillissement, la douleur chronique, la perte de mobilité et la dépendance accrue en matière de soins². Les chutes ont également des conséquences générales à long terme, par exemple l'isolement social, la diminution de l'estime de soi et de l'autosuffisance, la dépression et la participation réduite aux activités de la vie quotidienne².

Nous ignorons l'incidence des programmes de prévention des chutes et la manière d'améliorer ces programmes en Ontario¹. Le GCPC a été mis sur pied afin de mettre en œuvre une approche rentable, efficace et intégrée pour la prévention des chutes en Ontario. Le Groupe se compose de professionnels en prévention des chutes provenant des secteurs de la santé publique, des soins primaires, des soins à long terme, des soins à domicile et en milieu communautaire et des soins préhospitaliers¹. Pour favoriser une approche systémique des programmes de prévention des chutes en Ontario, le GCPC a fait valoir la nécessité de cerner, de prioriser et de préciser les indicateurs à l'échelle de la population. En qualité de partenaire dans ce projet, Santé publique Ontario s'est engagée à répondre à ce besoin.

Méthodologie

Nous avons réalisé une analyse environnementale des indicateurs de prévention des chutes chez les aînés incluant la méthode Delphi modifiée. Le processus comportait deux phases : 1) une recherche de la littérature grise et de la documentation examinée par des pairs visant à dégager des indicateurs dans les sites gouvernementaux, de santé publique et de prévention des blessures pertinents; et 2) un processus Delphi modifié qui incluait l'atteinte d'un consensus et la spécification de la liste des indicateurs prioritaires au moyen de consultations avec des membres du GCPC et des experts-conseils en matière d'indicateurs de lésions. La troisième phase de ce projet consistera à évaluer dans la pratique un ensemble d'indicateurs auprès d'un échantillon de bureaux de santé publique en Ontario.

Phase 1

La recherche documentaire visait à dégager et compiler une liste d'indicateurs et de sources de données pour le signalement et l'évaluation de la prévention des chutes chez les aînés en Ontario. La méthode d'élaboration de la liste d'indicateurs a déjà été publiée⁶, mais rappelons que ces indicateurs ont été identifiés au moyen d'un vocabulaire approprié et de mots clés pertinents. Les données sur chacun des indicateurs ont été extraites de la littérature et elles incluaient le document source, l'emplacement géographique, l'année, le type de l'indicateur (p. ex., politique, résultat) et la source de données. Enfin, chaque praticien en prévention des chutes du GCPC devait dresser une liste d'indicateurs actuellement en usage dans son secteur. Il devait également indiquer les sources des données utilisées pour étayer chacun des indicateurs. La stratégie ayant servi à la recherche dans la documentation examinée par des pairs et la littérature grise est disponible sur demande.

Phase 2

Une technique Delphi modifiée a été utilisée pour finaliser la liste des indicateurs identifiés dans la phase 1 du projet. Ce processus incluait l'épuration de la liste au moyen d'une série d'exercices de consultation, dont deux sondages en ligne, un processus de priorisation et la consultation d'experts-conseils. Nous avons eu recours à des méthodes publiées antérieurement^{7,8} pour achever cette phase, en nous appuyant sur les conseils d'experts en prévention des chutes.

SONDAGES

Premièrement, un sondage en ligne effectué auprès des praticiens en prévention des chutes du GCPC demandait aux participants de recommander des indicateurs n'ayant pas déjà été relevés dans la recherche documentaire ou qui étaient déjà utilisés dans d'autres secteurs de la santé, et qui pouvaient selon eux être utiles à leur travail. Ensuite, un deuxième sondage a demandé aux participants de noter chacun des indicateurs précédemment identifiés ou recommandés sur une échelle de 1 à 9 (allant de *pas d'accord* à *tout à fait d'accord*) en fonction de trois critères : être utile, être réalisable et être propice à une intervention rapide. Ces critères représentent les fonctions essentielles de la collecte d'indicateurs et de la production de rapports, notamment dans quelle mesure un indicateur est utile pour orienter la prise de décisions, comment il se prête à la collecte et à la production de rapports et dans quelle mesure il suscitera une intervention rapide en matière de prévention des chutes. Ces critères ont été établis en se fondant sur la consultation d'experts-conseils ainsi que sur des travaux antérieurs dans ce domaine^{7,9}, et ils ont servi à s'assurer que les indicateurs favorisent l'atteinte des objectifs en matière de prévention des chutes en Ontario et en fin de compte, améliorent les résultats de santé liés aux chutes. Les notes pour chaque indicateur et critère ont été additionnées et une moyenne a ensuite été calculée. Elles ont ensuite été utilisées pour déterminer la note totale de chacun des indicateurs pour les trois critères et pour l'ensemble des secteurs. Les indicateurs dégagés pour les trois critères du sondage en ligne ont ensuite servi dans un processus de consultation avec notre équipe d'experts afin d'épurer la liste.

PROCESSUS DE PRIORISATION

Un expert-conseil d'un groupe de discussion indépendant a été embauché pour mener une activité de priorisation avec des membres clés du GCPC. Un échantillon de participants du GCPC a été recruté à cette fin, dont au moins un représentant de chacun des secteurs représentés dans le GCPC. En prévision de cette activité, les participants ont reçu des ressources incluant la liste des indicateurs qui avait été épurée à partir du sondage en ligne. Les participants ont passé 60 minutes à discuter de chacun des indicateurs et à effectuer un exercice de classement par paires. Les participants ont comparé les indicateurs entre eux pour déterminer lesquels étaient prioritaires, en fonction de l'un des trois critères précédemment utilisés soit dans quelle mesure il suscitera une intervention rapide en matière de prévention des chutes en Ontario. Le choix de ce critère et de cette méthode repose sur la consultation d'experts-conseils et de travaux antérieurs dans ce domaine⁹. Les notes de chaque comparaison ont été consignées, en accordant un point par comparaison gagnée (un total de 136 comparaisons). Durant le processus de priorisation, les participants devaient réfléchir aux indicateurs qui devraient être priorisés pour l'ensemble des secteurs (par rapport à ce qui constitue une priorité pour leur secteur uniquement), en plus de ceux qui étaient le plus susceptibles de déclencher une intervention rapide. Les participants avaient la possibilité de poser des questions pour préciser les descriptions de chacun des indicateurs et ils obtenaient ensuite la liste finale des indicateurs classés par ordre d'importance aux fins de réflexion et de rétroaction.

La liste priorisée d'indicateurs issue de l'activité de comparaison par paires a été présentée à notre équipe d'experts-conseils. La rétroaction a été recueillie spécifiquement pour la grille de comparaison par paires, incluant un processus visant à préciser davantage la liste d'indicateurs. Enfin, la liste des indicateurs priorisés a été envoyée aux membres du GCPC pour parvenir à un consensus définitif. Cela comprenait leur niveau d'agrément avec la liste d'indicateurs, particulièrement en ce qui a trait aux modifications découlant de l'activité de comparaison par paires. Les participants ont obtenu des réponses à leurs questions et à leurs préoccupations et leurs commentaires et leurs suggestions ont été incorporés dans la liste finale d'indicateurs ainsi que dans les tableaux de spécification.

TABLEAUX DE SPÉCIFICATION DES INDICATEURS

Des renseignements spécifiques sur chacun des indicateurs ont été organisés en tableaux de spécification devant être utilisés à titre de ressource pour la prévention des chutes en Ontario. Les renseignements contenus dans les tableaux comprennent l'importance de l'indicateur et son utilisation dans la prévention des chutes, les mots clés, les méthodes et les sources de données pertinentes utilisées pour calculer l'indicateur, lorsqu'elles étaient disponibles, les catégories possibles aux fins de sous-analyses ainsi que les limitations. Les renseignements présentés dans les tableaux étaient adaptés d'après les indicateurs de base de l'*Association of Public Health Epidemiologists in Ontario (APHEO)*¹⁰, des notes techniques du Snapshot sur les traumatismes de Santé publique Ontario⁵ et du rapport intitulé *Measuring Injury Matters*^{11,12}.

L'inclusion de l'utilisation et de l'importance de chaque indicateur dans les tableaux fournit une justification de l'indicateur et indique pourquoi il est important de l'utiliser pour prévenir les chutes chez les aînés. Cela suggère également comment les résultats de l'indicateur devraient être interprétés et utilisés concrètement. Tous les termes inclus dans le titre ou la description d'un indicateur ont été définis pour faire en sorte que tous les secteurs susceptibles d'utiliser les tableaux de spécification des indicateurs à titre de ressource les comprennent de la même façon. Des méthodes de calcul ont été incluses, en identifiant le numérateur et le dénominateur requis pour effectuer le calcul pour les indicateurs fondés sur des taux. Les données nécessaires pour calculer un indicateur ont aussi été identifiées, peu importe leur disponibilité. Les liens menant aux sources des données ont été inclus pour améliorer la navigation et susciter l'utilisation des tables de spécification des indicateurs dans la pratique de prévention des chutes.

Résultats

Phase 1

La recherche de la documentation examinée par des pairs et de la littérature grise a permis de relever des indicateurs dans sept secteurs, lesquels sont indiqués dans le rapport original⁶. Cette liste originale incluait plusieurs indicateurs qui avaient été identifiés dans de multiples secteurs, ce qui a entraîné un grand nombre de doublons. De plus, la liste originale incluait certains concepts qui n'avaient pas été déterminés comme étant des « indicateurs véritables », définis à cette fin comme une mesure pouvant être associée à un numérateur et à un dénominateur significatifs, et à partir desquels un tableau de spécification pouvait être établi. En conséquence, une version sommaire de cette liste n'incluant que des indicateurs véritables, et dont les doublons ont été retirés, est accessible au Tableau B1 de l'Annexe B. Dans ce tableau, les indicateurs répertoriés sont indiqués et les secteurs desquels ils proviennent sont marqués d'un « X ». Ces secteurs sont : santé publique, soins préhospitaliers, hôpital (urgence et soins de courte durée), soins de réadaptation, soins à domicile et communautaires. La plupart des indicateurs comprennent des données provenant de sources régionales, provinciales ou nationales qui sont propres aux secteurs des soins hospitaliers (courte durée), des soins de longue durée et de la santé publique.

Phase 2

SONDAGE

Les résultats du sondage incluaient les réponses de 19 praticiens en prévention des blessures provenant de plusieurs secteurs en Ontario. Parmi ces secteurs, mentionnons : le milieu universitaire, la santé publique, les soins de réadaptation, des organismes à but non lucratif de prévention des blessures, les autorités de santé régionales, les soins à domicile et communautaire, les soins hospitaliers (courte durée) et « autres » (p. ex., indépendants). Les rôles de chaque secteur variaient, allant de la recherche à la pratique en santé publique. L'indicateur ayant obtenu le classement le plus élevé pour l'ensemble des trois critères était le « taux d'hospitalisations liées à une chute ». Après comparaison des notes de tous les secteurs pour chacun des critères, la note accordée par les répondants à cet indicateur était encore la plus élevée. Dans tous les secteurs, deux indicateurs se sont constamment classés en dernier pour chacun des critères. Il s'agit des « années de vie corrigées de l'incapacité résultant d'une chute » et du « nombre d'appels au 911 suivis d'un transport vs le nombre d'appels non suivis d'un transport » (c.-à-d., vers un hôpital). Le niveau de priorité des autres indicateurs variait en fonction de la façon dont les répondants évaluaient leur utilité, leur faisabilité et leur probabilité de susciter une intervention rapide en matière de prévention des chutes. Les trois indicateurs en haut du classement étaient « nombre d'hospitalisations liées à une chute », « nombre de visites à l'urgence en raison d'une chute » et « nombre de responsables affectés à la prévention des chutes, à l'échelle systémique (p. ex., bureau de santé publique) » avec des notes de 8,02, 7,39 et 7,39, respectivement.

PROCESSUS DE PRIORISATION

À la suite du sondage d'évaluation des indicateurs, nous avons organisé plusieurs séances de discussion dirigée avec des participants du GCPC et des experts afin de recueillir leur rétroaction sur la liste des indicateurs découlant du sondage. Tout au long de ce processus, certains indicateurs ont été reformulés et précisés aux fins de clarté et de pertinence, tandis que certains autres ont été retirés lorsque les participants estimaient qu'ils n'étaient pas utiles ou susceptibles d'être appliqués. De plus, certains indicateurs ont été combinés parce qu'ils reprenaient des indicateurs plus généraux. Par exemple, les participants ont déterminé que l'indicateur « visites répétées à l'urgence sur 30 jours » était une sous-catégorie de l'indicateur « nombre de visites à l'urgence » de sorte que ces deux indicateurs ont été combinés. Ce processus a permis d'établir la liste qui est présentée au Tableau B2 de l'Annexe B.

Au moins un membre de chaque secteur a pris part à l'activité de priorisation finale (n = 9). Les résultats de la comparaison par paires ont été reportés dans une grille de comparaison. Trois indicateurs ont obtenu la même note, ce qui a suscité des discussions au sujet de la liste finale à savoir lequel des indicateurs était le plus réalisable et pertinent pour la pratique de prévention des chutes chez les aînés. Par exemple, les indicateurs « proportion d'aînés pour lesquels une évaluation préalable complète du risque de chutes a été effectuée » et « nombre d'hospitalisations liées à une chute » ont obtenu la même note; cependant, la discussion a mené à un consensus selon lequel l'indicateur « proportion d'aînés pour lesquels une évaluation préalable complète du risque de chutes a été effectuée » était plus susceptible de susciter une intervention pour la prévention des chutes.

Une consultation d'experts consécutive à la priorisation des indicateurs a permis de recueillir des commentaires sur les résultats de la comparaison par paires. La rétroaction incluait également les points à prendre en considération pour de nombreux indicateurs dans la création des tableaux de spécification des indicateurs (Annexe C). À la lumière des notes peu élevées figurant dans la grille de comparaison par paires, un indicateur a été exclu de la liste finale, soit « années de vie corrigées de l'incapacité résultant d'une chute ». Étant donné la faible note et la reconnaissance que cet indicateur était moins pertinent pour les chutes des aînés comparativement à l'incapacité liée aux chutes chez les personnes plus jeunes, il a été retiré de la liste finale. Cette dernière a été priorisée en vue d'une utilisation pour la prévention des chutes en Ontario et est présentée au Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Liste priorisée finale des indicateurs de prévention des chutes chez les aînés dans la pratique

Classement	Indicateur
1.	Nombre de visites à l'urgence en raison d'une chute
2.	Coûts directs et indirects associés aux blessures liées à une chute
3.	Proportion de responsables affectés à la prévention des chutes au niveau systémique (p. ex., bureau de santé publique)
4.	Proportion d'aînés pour lesquels une évaluation préalable complète du risque de chutes a été effectuée
5.	Nombre d'hospitalisations liées à une chute
6.	Nombre d'appels au 911 suivis d'un transport vs nombre d'appels au 911 non suivis d'un transport
7.	Taux de décès liés à une chute
8.	Proportion de chutes par lieu d'incident

TABLEAUX DE SPÉCIFICATION DES INDICATEURS

Les tableaux de spécification pour chacun des indicateurs du Tableau 1 se trouvent à l'Annexe C. Ces tableaux fournissent des renseignements sur l'importance et l'utilisation de chacun des indicateurs, ainsi que sur la façon dont les données devraient être interprétées et utilisées en pratique. Nous offrons des définitions opérationnelles pour chacun des indicateurs ainsi que les mots clés utilisés dans le titre ou la description de l'indicateur afin d'uniformiser la compréhension des tableaux de spécification des indicateurs pour tous les secteurs susceptibles de les utiliser.

Les méthodes de calcul pour chaque indicateur sont également indiquées. Le numérateur et le dénominateur requis pour effectuer le calcul sont indiqués pour les indicateurs fondés sur des taux et les sources de données nécessaires pour chaque indicateur ont été précisées, peu importe la disponibilité des données. Lorsqu'ils étaient accessibles, les liens menant aux sources de données et aux documents existants traitant de cet indicateur ont été inclus pour améliorer la navigation et l'utilisation des tableaux de spécification des indicateurs dans la pratique.

La source de données la plus pertinente pour étayer certains des indicateurs prioritaires est le jeu de données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) qui comprend des données sur les visites à l'urgence et les hospitalisations pour toutes causes confondues. Ce jeu de données peut aussi servir à définir le lieu de l'incident cependant, nous ignorons la qualité des données à cet égard. Certains tableaux de spécification des indicateurs n'indiquent pas une source de données sous les niveaux d'analyse régionaux, provinciaux, nationaux ou mondiaux. Cela signifie qu'il n'existe aucune source de données connue pour appuyer cet indicateur; il s'agit d'une limitation ayant d'ailleurs été relevée pour plusieurs indicateurs. Bien que les sous-catégories et méthodes de stratification possibles puissent varier selon les indicateurs, les participants ont relevé plusieurs strates prioritaires, incluant le statut socio-économique ou le degré de marginalisation, l'emplacement géographique ou l'établissement ainsi que des caractéristiques démographiques comme la race, l'âge, le sexe et le logement.

Analyse

Cette analyse environnementale et ce processus Delphi modifié ont permis de cerner et de prioriser des indicateurs pour susciter l'adoption rapide de mesures en matière de prévention des chutes chez les aînés en Ontario. Ces indicateurs peuvent être utilisés pour mieux comprendre le fardeau réel des blessures liées aux chutes chez les personnes âgées et orienter les évaluations et les interventions au niveau de la population. De plus, la spécification des indicateurs prioritaires peut fournir aux personnes qui travaillent dans le domaine de la prévention des chutes chez les aînés les indications nécessaires pour leur mise en pratique. La recherche documentaire a fait ressortir plusieurs indicateurs qui seraient utilisés dans différents secteurs des soins de santé et dans le continuum de prévention des risques de chutes chez les aînés (c.-à-d., prévention primaire et tertiaire).

Ce projet a démontré des différences nettes dans l'établissement de priorités pour les indicateurs de prévention des chutes, et ce, dans l'ensemble des secteurs. Par exemple, les participants ont déclaré que certains indicateurs sont plus ou moins prioritaires à mesure que l'on progresse dans le continuum de prévention. Dans le cas des soins primaires, c'est l'évaluation préalable des risques qui a été priorisée. Des données locales sur la proportion de personnes âgées traitées en raison d'une chute qui n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation préalable des risques par un médecin de soins primaires ou une clinique d'évaluation des risques de chutes fournissent aux praticiens une population cible à prendre en charge. Cependant, les interventions subséquentes en matière de prévention reposent sur des guides de pratique clinique (GPC)¹³. Actuellement, il est difficile de déterminer avec certitude si des GPC sont utilisés en Ontario, comment ils sont utilisés et par qui¹³. Il s'agit d'un aspect important dont il a été question lors de nos consultations auprès de participants et d'experts, car si les GPC ne sont pas utilisés systématiquement en Ontario, la mise en pratique de ces indicateurs pourrait se révéler moins utile pour les praticiens.

L'une des mesures les plus significatives ressorties de nos consultations était la nécessité d'épurer la liste d'indicateurs issue de la recherche documentaire aux fins de l'activité de priorisation. Par exemple, plusieurs indicateurs provenaient d'un indicateur plus général (p. ex., le nombre de visites à l'urgence par rapport aux nombres de visites à l'urgence en raison d'une chute pour les divers niveaux de marginalisation). Cela comprenait aussi « la durée de l'hospitalisation en raison d'une blessure causée par une chute » comme sous-catégorie du nombre d'hospitalisations liées à une chute. Il est intéressant de noter que les experts ont mentionné que cet indicateur est souvent considéré par les praticiens comme une mesure alternative de la gravité d'une blessure; toutefois, la durée du séjour à l'hôpital, en particulier chez les aînés, peut être prolongée en raison d'une comorbidité. À cet égard, la littérature démontre qu'avec le vieillissement, la durée du séjour à l'hôpital augmente¹⁴, ce qui peut être davantage attribuable à l'interaction entre les troubles existants en comorbidité et l'admission à l'hôpital en raison d'une chute. Par ailleurs, des données montrent que la durée moyenne d'une hospitalisation motivée par une chute est environ 40 % plus longue qu'une hospitalisation en raison d'autres causes chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus¹⁴. Un autre élément à considérer dans la durée d'hospitalisation des patients plus âgés est la destination du patient à la suite de son congé, à savoir son domicile ou un établissement de soins de longue durée. Les données probantes semblent indiquer que pour les aînés, une hospitalisation de plus longue durée en raison d'une chute peut être représentative des délais liés à l'organisation de services de soutien communautaires ou autres pour ceux qui résident à domicile par comparaison à ceux qui vivent en résidence avec services¹⁵. Cela est préoccupant, car les aînés qui séjournent plus longtemps à l'hôpital sont aussi plus à risque de tomber pendant leur hospitalisation¹⁶, ce qui rejoint la documentation voulant que les chutes antérieures soient un important prédicteur de chutes ultérieures, hors du milieu hospitalier². Une autre sous-catégorie du nombre d'hospitalisations était le nombre exact de fractures du fémur, de la hanche, du bassin et des vertèbres. Cela était jugé important pour les aînés, car la documentation antérieure démontre que ces fractures sont un indice important de handicaps permanents et même de décès¹⁷.

Les spécifications du niveau d'analyse pour le coût associé aux blessures liées à des chutes se fondaient sur l'opinion d'experts. Étant donné que les coûts des soins de santé sont influencés par la taille de la population affectée et le nombre de chutes par population, les spécifications relatives à cet indicateur devraient inclure à la fois les coûts directs (p. ex., dépenses directes pour le système de santé) et les coûts indirects (p. ex., coûts pour la société engendrés par la perte de productivité de la main-d'œuvre) présentés à l'échelle provinciale et nationale⁴. Enfin, la proportion de blessures selon l'endroit où survient la chute constitue l'indicateur qui est actuellement le moins prioritaire dans l'ensemble des secteurs en Ontario. Cette observation est intéressante, car pendant le processus de consultation, les participants ont insisté sur la nécessité de connaître les lieux où étaient survenues les chutes des aînés. À l'heure actuelle, des rapports antérieurs, comme ceux qui ont été publiés par l'Agence de la santé publique du Canada, révèlent que dans 50 % des cas, l'hospitalisation des aînés était motivée par une chute à domicile². Ce que nous ignorons cependant est l'endroit dans la maison où est survenue la chute, comment cela s'est produit ou encore le nombre de chutes à la maison par rapport au nombre de chutes dans des résidences pour personnes âgées.

La rétroaction des participants était importante dans cet exercice afin de ne pas limiter le processus de priorisation aux seuls indicateurs existants. Les praticiens en prévention des chutes de l'ensemble des secteurs ont souligné la nécessité d'inclure de nouveaux indicateurs, ou des indicateurs pour lesquels il y a des sources de données susceptibles de mieux représenter leur travail de prévention des chutes. En conséquence, quatre des huit indicateurs de la liste ne sont pas rendus publics actuellement en Ontario et il n'y a pas de sources de données pour trois des huit indicateurs. Cela pose un problème pour la reconnaissance et l'évaluation de l'utilisation de ces indicateurs dans la pratique. Cependant, il importe de réfléchir aux moyens d'accéder aux données pour étayer ces indicateurs aux fins de travaux futurs dans ce domaine. En dernier lieu, on a remarqué que la capacité d'interagir avec les données (p. ex., présenter les données en sous-catégories au moyen de visualisations de données) permet aux praticiens en prévention des chutes d'avoir les précisions nécessaires pour cibler les populations les plus vulnérables et de mettre sur pied et d'évaluer adéquatement des programmes de prévention des chutes.

Limitations et points forts

L'un des points forts de ce travail réside dans sa nouveauté pour l'Ontario. C'est en effet la première fois qu'une liste d'indicateurs précis et priorisés est mise à la disposition des praticiens en prévention des chutes. Cela peut favoriser l'emploi systématique des indicateurs pour le signalement des chutes ainsi que pour la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'évaluation à l'échelle provinciale. Nos méthodes se fondent sur les avis d'experts, et misent sur un processus déjà connu pour l'élaboration d'indicateurs de prévention des chutes^{7,8} spécifiquement pour les aînés⁹. Un autre point fort est l'engagement continu des praticiens durant le processus. Les résultats ont été examinés en fonction de la rétroaction des participants, et des efforts considérables ont été déployés pour inclure des experts et des représentants des praticiens.

Cet ouvrage comporte néanmoins certaines limitations. Premièrement, l'examen de la littérature portait uniquement sur des documents publiés en anglais, de sorte que certaines sources pertinentes dans des langues autres que l'anglais peuvent avoir été exclues. Deuxièmement, les résultats de sondage étaient limités par le faible taux de participation (n = 19 répondants), qui s'explique par le redéploiement de nombreux praticiens en prévention des chutes à la lutte contre la pandémie de COVID-19.

Troisièmement, le processus de consultation visant à prioriser les indicateurs a suscité une énorme participation aux discussions dans tous les secteurs. En conséquence, nous avons organisé une activité de comparaisons par paires afin de déterminer les indicateurs prioritaires pour surmonter cette limitation. La comparaison par paires a permis d'assurer une participation égale et d'attribuer un poids équivalent aux réponses de chaque participant. L'examen de publications antérieures nous a permis de dégager une liste de 75 indicateurs⁶. Cette liste renfermait de nombreux doublons qui ont dû être retirés par l'équipe du projet en vue de l'améliorer. Comme nous l'avons déjà mentionné, il y a trois indicateurs prioritaires pour lesquels les données à l'appui ne sont actuellement pas disponibles ou accessibles. Les travaux futurs devraient inclure des plans pour accéder aux données requises pour étayer ces indicateurs. Enfin, il manque un jeu normatif d'indicateurs en matière de prévention des chutes chez les aînés. Un jeu normatif d'indicateurs pourrait servir à valider le rendement des indicateurs dans la pratique. Parmi les travaux futurs, mentionnons l'évaluation de l'emploi des indicateurs du présent rapport auprès des praticiens en santé publique de l'Ontario.

Conséquences pour la pratique

Une liste précise et priorisée d'indicateurs pour la prévention des chutes chez les aînés constitue une ressource essentielle pour les praticiens en prévention des chutes de tous les secteurs d'activité. S'en remettre à un jeu d'indicateurs pour la mesure du rendement systémique peut améliorer la collaboration entre les différents secteurs, accélérer la mise en œuvre et l'évaluation de programmes et donner un meilleur aperçu du fardeau réel des chutes et des blessures liées aux chutes à surveiller. De plus, l'emploi d'indicateurs qui n'étaient pas utilisés en pratique jusqu'à présent peut mieux refléter le travail des bureaux de santé publique en matière de prévention des chutes. La création d'infrastructures nécessaires au soutien de l'application des données et des indicateurs présentés dans ce projet peut réduire le chevauchement des activités de prévention entre les différents secteurs. Cela inclut la capacité de ventiler les indicateurs par âge, sexe, niveau de marginalisation et emplacement géographique. Ce niveau d'information peut offrir aux bureaux de santé publique des données particulières aux personnes les plus vulnérables aux chutes et aux conséquences graves de celles-ci.

Conclusion

Une analyse environnementale et un processus Delphi modifié ont été utilisés pour établir un jeu d'indicateurs précis et prioritaires en matière de prévention des chutes chez les aînés. Cette liste comprend des indicateurs de résultats comme le nombre de visites à l'urgence, d'hospitalisations et de décès imputables aux chutes, ainsi que des indicateurs de risque comme la proportion d'aînés pour lesquels une évaluation préalable complète du risque de chutes a été effectuée. La plus haute priorité a été accordée au nombre de visites à l'urgence et la plus faible, à la proportion de chutes par lieu d'incident.

Une gamme d'indicateurs existe pour la prévention des chutes chez les aînés et pourtant on constate un manque de directives quant à leur utilisation systématique en Ontario. Ce projet pourrait avoir une incidence importante pour la pratique en santé publique, y compris des répercussions sur le fardeau des blessures liées aux chutes en Ontario. La prochaine étape de ce projet inclut l'évaluation d'un sous-ensemble des indicateurs prioritaires dans la pratique en Ontario. Cette évaluation sera effectuée par des praticiens des bureaux de santé publique de l'Ontario, de l'*Association of Public Health Epidemiologists of Ontario* (APHEO), du GCPC ainsi que par des experts en prévention des blessures. Nous évaluerons l'utilisation de ces indicateurs mis en pratique pour la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de prévention des chutes chez les aînés. L'évaluation portera également sur la faisabilité et la durabilité de production, d'analyse et de présentation de rapports sur la liste complète des indicateurs.

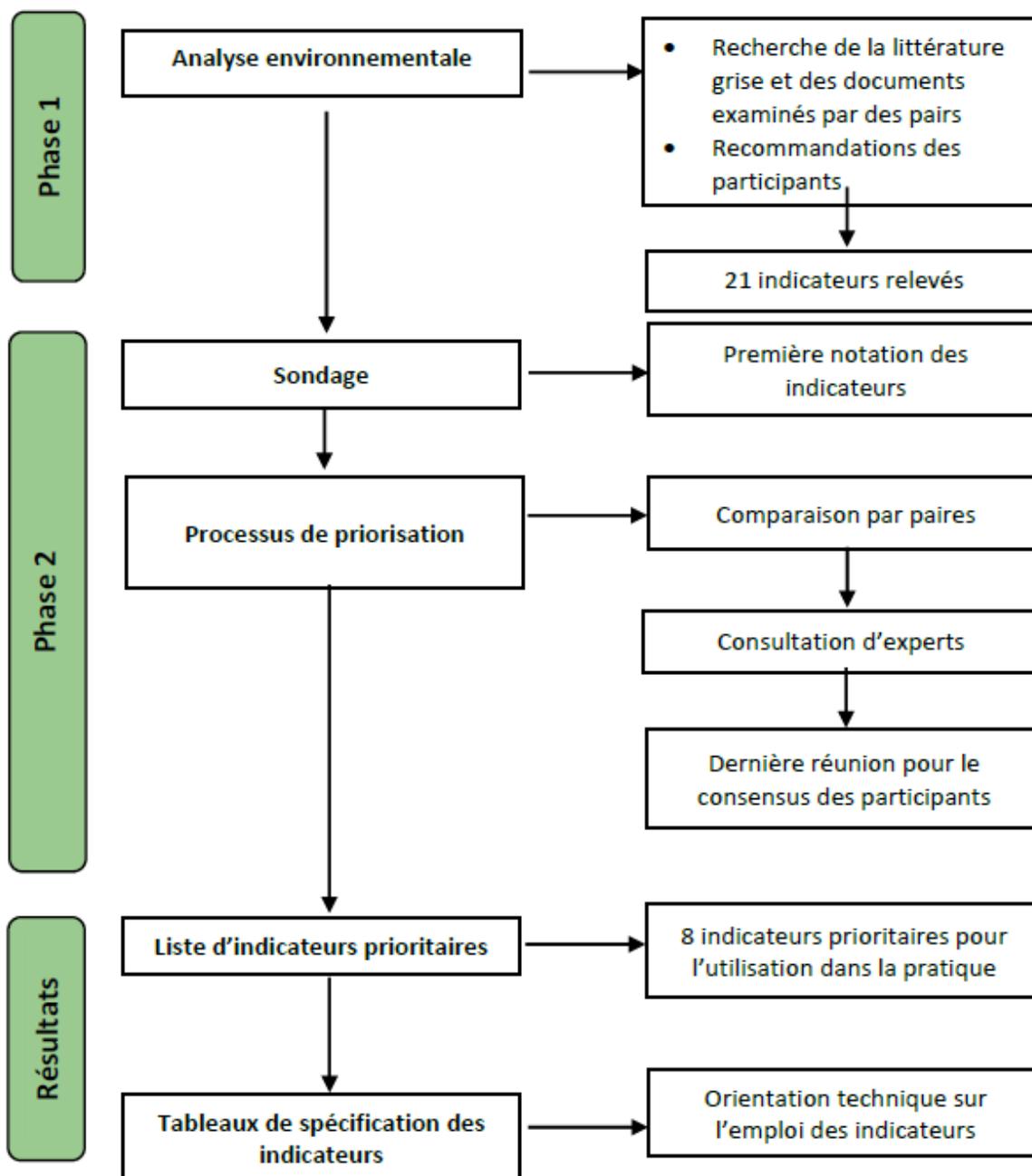
Références

1. Groupe de collaboration pour la prévention des chutes en Ontario; Fondation ontarienne de neurotraumatologie. An integrated approach to preventing fall-related injuries among older adults in Ontario [Internet]. Toronto (Ontario) : Provincial Geriatrics Leadership Ontario; 2019 [cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : <https://rgps.on.ca/resources/an-integrated-approach-to-preventing-fall-related-injuries-among-older-adults-in-ontario/>
2. Agende de la santé publique du Canada. Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport [Internet]. Ottawa (Ontario) : Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé; 2014 [cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : https://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/assets/pdf/seniors_falls-chutes_aines-fra.pdf
3. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Statistiques sur les visites au service d'urgence et les hospitalisations à la suite d'un traumatisme ou d'une blessure, 2019–2020 [Internet]. Ottawa (Ontario) : CIHI; 2021 [cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC4613&lang=en&media=0>
4. Parachute. Le coût des blessures au Canada 2021 [Internet]. Toronto (Ontario) : Parachute; 2021 [consulté le 19 juillet 2022; cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : <https://parachute.ca/fr/professional-resource/cost-of-injury-in-canada/>
5. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Snapshot des hospitalisations à la suite d'un traumatisme (2011-2019) [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [mis à jour le 31 mars 2022; cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/Data-and-Analysis/Injuries-Data/Injury-Hospitalization>
6. Groupe de collaboration pour la prévention des chutes en Ontario; Data and Measurement Working Group. An environmental scan of older adult fall prevention indicators [Internet]. Toronto (Ontario) : Fondation ontarienne de neurotraumatologie; 2020 [cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : <https://rgps.on.ca/wp-content/uploads/2021/03/OFPCollaborative-Environmental-Scan-Indicators-April-2020-v10.pdf>
7. 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;16(3):154-60. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/ip.2009.025007>
8. 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 Can*. 2014;34(4):203-9. Disponible à : <https://doi.org/10.24095/hpcdp.34.4.03>
9. BC Injury Prevention Committee. Provincial injury prevention priorities [Internet]. Vancouver, BC: BC Centre for Disease Control; 2017 [cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : <http://www.bccdc.ca/pop-public-health/Documents/bcipc-provincial-injury-prevention-priorities-2017.pdf>

10. Association of Public Health Epidemiologists in Ontario (APHEO). Core indicators table [Internet]. Toronto (Ontario) : APHEO; 2019 [cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : <https://www.apheo.ca/temporary-core-indicators-table>
11. Pike I, Macpherson A, Warda L, Yanchar N, Hewitt A, Fuselli P, et al. Measuring injury matters: injury indicators for children and youth in Canada, vol. 1 [Internet]. Vancouver, BC: University of British Columbia; 2010 [cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : <https://dx.doi.org/10.14288/1.0397415>
12. Pike I, Macpherson A, Warda L, Yanchar N, Hewitt A, Fuselli P, et al. Measuring injury matters: injury indicators for children and youth in Canada, vol. 2 [Internet]. Vancouver, BC: University of British Columbia; 2010 [cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : <https://dx.doi.org/10.14288/1.0397430>
13. Groupe de collaboration pour la prévention des chutes en Ontario. Screening and assessment tools for falls in older adults in Ontario [Internet]. Toronto (Ontario) : Fondation ontarienne de neurotraumatologie; 2020 [cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : https://rgps.on.ca/wp-content/uploads/2021/03/OFPC-Knowledge-Group-Report_v03-21.pdf
14. Scott V, Pearce M, Pengelly C. Rapport technique : Les hospitalisations liées aux chutes chez les Canadiens de 65 ans et plus portant sur l'analyse des données tirées de la Base de données sur les congés des patients présenté dans le Rapport sur les chutes des aînés au Canada [Internet]. Toronto (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2004 [cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : https://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/pro/injury-blessure/seniors_falls/technical-report-hospitalizations_f.pdf
15. Scott V, Wagar L, Elliott S. Falls & related injuries among older Canadians: fall-related hospitalizations & intervention initiatives. Victoria, BC: Victoria Scott Consulting; 2010 [cité le 28 septembre 2022]. Disponible à : <https://baycrest.echoontario.ca/wp-content/uploads/2018/06/Falls-related-injuries-among-older-Canadians-Fall-related-hospitalizations-intervention-initiatives.pdf>
16. Dunne TJ, Gaboury I, Ashe MC. Falls in hospital increase length of stay regardless of degree of harm. J Eval Clin Pract. 2014;20(4):396-400. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jep.12144>
17. Brown JP, Adachi JD, Schemitsch E, Tarride J-E, Brown V, Bell A, et al. Mortality in older adults following a fragility fracture: real-world retrospective matched-cohort study in Ontario. BMC Musculoskelet Disord. 2021;22(1). Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12891-021-03960-z>

Annexe A

Figure A1. Organigramme décrivant le processus ayant mené à l'établissement et à la priorisation d'une liste d'indicateurs, en commençant par l'analyse environnementale et en finissant par la liste priorisée finale d'indicateurs.



Annexe B

Tableau B1 : Résumé des indicateurs tirés d'une recherche de la documentation examinée par des pairs et de la littérature grise portant sur la prévention des chutes chez les aînés

Numéro	Indicateur	Santé publique	Soins préhospitaliers	Hôpital (urgence)	Hôpital (soins de courte durée)	Réadaptation	Soins à domicile ou communautaires	Soins de longue durée
1	Nombre de visites à l'urgence en raison d'une chute	X		X		X		X
2	Nombre d'hospitalisations liées à une chute	X		X		X		
3	Taux de décès associés à une chute	X			X			
4	Proportion de blessures liées à une chute par activité	X						
5	Années de vie corrigées de l'incapacité résultant d'une chute	X						
6	Coûts directs et indirects associés aux blessures liées à une chute	X						

Numéro	Indicateur	Santé publique	Soins préhospitaliers	Hôpital (urgence)	Hôpital (soins de courte durée)	Réadaptation	Soins à domicile ou communautaires	Soins de longue durée
7	Proportion de bureaux de santé publique qui incluent la prévention des chutes dans leurs cadres ou leurs plans stratégiques	X						
8	Nombre d'appels au 911 liés à une chute suivis d'un transport vs nombre d'appels au 911 non suivis d'un transport à l'hôpital		X					
9	Nombres d'hospitalisations liées à une blessure grave causée par une chute			X	X			X
10	Durée d'hospitalisation due à une blessure liée à une chute				X			
11	Proportion de patients ayant fait l'objet d'une évaluation préalable complète du risque de chutes par milieu (c.-à-d., hôpital, soins de longue durée, soins à domicile ou communautaires)				X		X	X
12	Pourcentage de patients qui ont fait l'objet d'interventions à la suite d'une chute				X			

Numéro	Indicateur	Santé publique	Soins préhospitaliers	Hôpital (urgence)	Hôpital (soins de courte durée)	Réadaptation	Soins à domicile ou communautaires	Soins de longue durée
13	Pourcentage de conformité organisationnelle aux précautions relatives aux chutes				X			
14	Proportion d'établissements de soins de santé offrant au personnel des programmes de formation sur la prévention des chutes				X			X
15	Temps d'attente moyen pour une chirurgie consécutive à une blessure liée à une chute					X		
16	Taux de chutes dans un milieu particulier (c.-à-d., hôpital, soins de longue durée, soins à domicile ou communautaires)				X		X	X
17	Proportion de résidents ayant des contraintes							X
18	Nombre de patients provenant d'un foyer de soins de longue durée pour 1000 patients				X			

Numéro	Indicateur	Santé publique	Soins préhospitaliers	Hôpital (urgence)	Hôpital (soins de courte durée)	Réadaptation	Soins à domicile ou communautaires	Soins de longue durée
19	Proportion de programmes de musculation et d'équilibre portant spécifiquement sur la prévention des chutes chez les aînés					X		
20	Proportion d'évaluations du risque à domicile effectuées					X		
21	Note pour la prévention des chutes (attribuée au niveau du système) fondée sur les mesures prises pour prévenir les chutes							X

Tableau B2 : Liste priorisée d'indicateurs pour l'ensemble des secteurs et trois critères : utilité, faisabilité et probabilité de susciter une intervention rapide, résultats du sondage

Classement	Indicateur
1	Nombre d'hospitalisations liées à une chute
2	Nombre de visites à l'urgence en raison d'une chute
3	Proportion de responsables affectés à la prévention des chutes au niveau systémique (p. ex., bureau de santé publique)
4	Proportion d'aînés pour lesquels une évaluation préalable complète du risque de chutes a été effectuée
5	Proportion de chutes par lieu d'incident
6	Taux de décès associés à une chute
7	Coûts directs et indirects associés aux blessures liées à une chute
8	Années de vie corrigées de l'incapacité résultant d'une chute
9	Nombre d'appels au 911 liés à une chute suivis d'un transport vs nombre d'appels au 911 non suivis d'un transport

Annexe C

Tableaux de spécification d'ES indicateurs

Tableau C1 : Nombre de visites à l'urgence en raison d'une chute

Indicateur	Nombre de visites à l'urgence en raison d'une chute
Définition opérationnelle	Nombre/taux de visites à l'urgence en raison d'une chute pour 100 000
Importance et utilisation	Le nombre de visites à l'urgence en raison d'une chute est un indicateur essentiel pour décrire le fardeau que représentent les chutes pour le système de santé. La déclaration de ces données chaque année permettrait aux utilisateurs d'observer les tendances dans le temps et de mieux connaître le fardeau des chutes dans la population.
Mots clés	Visite à l'urgence : Une visite à l'urgence signifie qu'une personne se présente dans un service d'urgence, ou dans un centre de soins situé en milieu hospitalier, soit par ses propres moyens soit par ambulance, et sans rendez-vous.
Mode de calcul	<u>Taux de visites à l'urgence</u> Numérateur : Nombre de visites à l'urgence en raison d'une chute pour les adultes de 65 à 74 ans et de 85 ans et plus Dénominateur : Nombre total de résidents de l'Ontario âgés de 65 à 74 ans et de 85 ans et plus Mode de calcul : (numérateur/dénominateur) x 100 000
Données requises	Nombre total de visites à l'urgence en raison d'une chute pour les adultes de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus Codes CIM-10-CA : W00-W19 Estimations de la population âgée de 65 ans et plus
Emplacement des données	Numérateur : La source originale est accessible à <u>Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)</u> de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'information est distribuée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée : <u>savoirSANTÉ ONTARIO</u> . Dénominateur : Estimation de la population (2003 à 2017) Source originale : Statistique Canada Distribué par : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario : <u>savoirSANTÉ ONTARIO</u>

Indicateur	Nombre de visites à l'urgence en raison d'une chute
<p>Sous-analyses possibles*</p> <p>*Note : Il s'agit de suggestions de catégories possibles de stratification et non d'une liste exhaustive.</p>	<p>Niveau d'analyse: Mondial</p> <p>Rapport de donnée: WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age</p> <p>Niveau d'analyse : National</p> <p>Source de données: ICIS</p> <p>Niveau d'analyse : Provincial</p> <p>Source de données: Snapshots sur les traumatismes de SPO</p> <p>Métadonnées du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), ICIS</p> <p>Rapport de données : Integrated Provincial Fall Prevention Toolkit</p> <p>Pour obtenir un tableau plus détaillé des chutes chez les aînés, les visites à l'urgence en raison d'une chute peuvent être analysées en fonction d'autres variables comme :</p> <p>Statut socio-économique ou niveau de marginalisation</p> <p>Visites répétées à l'urgence en raison d'une chute sur 30 jours</p> <p>Emplacement géographique</p> <p>Caractéristiques démographiques comme l'âge, le sexe et le logement</p>
<p>Limitations</p>	<p>Les chutes qui exigent des visites à l'urgence tendent à indiquer des chutes et des blessures plus graves. Ainsi, cet indicateur procure certains renseignements pour déterminer le fardeau des chutes chez les aînés.</p>

Tableau C2. Coûts directs et indirects associés aux blessures liées à une chute

Indicateur	Coûts directs et indirects associés aux blessures liées à une chute
Définition opérationnelle	Estimation des coûts directs et indirects des soins de santé associés aux cas de chute et aux blessures liées à une chute
Importance et utilisation	<p>Les chutes chez les aînés engendrent d'importants coûts de santé directs et indirects. Ces coûts peuvent servir à estimer le fardeau des chutes pour le système de santé. Cet indicateur peut être exprimé en coût par chute ou en coûts cumulatifs stratifiés par coûts de santé directs et indirects. Il peut aussi fournir de l'information sur le coût des chutes/blessures liées aux chutes en comparaison à d'autres résultats de santé (p. ex., arrêts cardiaques).</p>
Mots clés	<p>Coûts de santé directs : Comptabilisés lorsqu'un bien ou un service est fourni directement par le système de santé</p> <p>Coûts de santé indirects : Tous les autres coûts associés à un problème ne résultant pas directement du recours au système de santé, comme les coûts sociaux attribuables à la perte de productivité, la prestation de soins entraînant une absence du travail et la mort prématurée.</p>
Mode de calcul	<p>Coût par chute</p> <p>Numérateur : Montant total des coûts directs et indirects imputables aux chutes chez les aînés de 65 ans et plus pour l'exercice.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de chutes causant des blessures nécessitant une interaction avec le système de santé pour les personnes de 65 ans et plus pendant l'exercice.</p> <p>Mode de calcul : Numérateur/dénominateur</p>
Données requises?	<p>Coûts de santé directs imputables aux chutes pour les personnes de 65 ans et plus par exercice</p> <p>Coûts de santé indirects imputables aux chutes pour les personnes de 65 ans et plus par exercice</p> <p>Nombre total de chutes causant des blessures nécessitant une interaction avec le système de santé pour les personnes de 65 ans et plus par juridiction pendant l'exercice</p>
Emplacement des données?	<p>Niveau d'analyse: Provincial</p> <p>Rapport de données: Parachute</p>

Indicateur	Coûts directs et indirects associés aux blessures liées à une chute
<p>Sous-analyses possibles*</p> <p>*Note : Il s'agit de suggestions de catégories possibles de stratification et non d'une liste exhaustive.</p>	<p>Pour obtenir un tableau plus détaillé des chutes, les coûts peuvent être stratifiés par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparaison entre les coûts de santé directs et indirects
<p>Limitations</p>	<p>Les données publiques sur cet indicateur sont limitées. Les coûts indirects ne sont que des estimations brutes.</p>

Tableau C3. Proportion de responsables affectés à la prévention des chutes au niveau systémique (p. ex., bureau de santé publique)

Indicateur	Proportion de responsables affectés à la prévention des chutes au niveau systémique (p. ex., bureau de santé publique)
Définition opérationnelle	Responsable affecté à la prévention des chutes au niveau systémique, chargé des programmes de préventions des chutes
Importance et utilisation	Les plans stratégiques visant à réduire les chutes sont un moyen efficace d'organiser une intervention collective et systémique en matière de prévention des chutes à l'échelle régionale ou provinciale. Le premier élément est de pouvoir repérer les postes clés affectés à la prévention des chutes dans le secteur concerné. Cet indicateur peut être utilisé pour démontrer un ferme engagement envers la prévention des chutes.
Mots clés	<p>Système : Entité dotée de multiples composantes, parties et organisations qui collaborent en vue d'atteindre ou de fournir un service, par exemple le système de santé</p> <p>Plan stratégique : Proposition détaillée axée sur des mesures visant à réduire les chutes dans la population</p>
Mode de calcul	<p>Quantitatif</p> <p>Numérateur : Nombre de systèmes ou d'unités dotés d'un responsable de la prévention des chutes</p> <p>Dénominateur : Nombre total de systèmes ou d'unités d'un niveau donné</p> <p>Mode de calcul : (numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé en %)</p>
	<p>Qualitatif</p> <p>Miser sur des méthodes qualitatives et sur l'engagement des praticiens pour indiquer le niveau d'adoption et de conformité aux plans stratégiques de prévention des chutes par organisation/groupe/secteur. De plus, compiler les données avec celles d'autres indicateurs pour discerner l'effet des mesures de prévention des chutes chez les adultes de 65 ans et plus.</p>
	<p>Mesures de succès décrites dans les initiatives stratégiques du responsable en prévention des chutes</p> <p>Consulter les lignes directrices énoncées dans l'initiative stratégique pour calculer cette mesure.</p>

Indicateur	Proportion de responsables affectés à la prévention des chutes au niveau systémique (p. ex., bureau de santé publique)
	<p>Mesure quantitative d'adoption et de conformité</p> <p>Prendre le nombre d'autres organisations, groupes, secteurs ou systèmes qui ont adopté les cadres stratégiques et les combiner avec d'autres indicateurs présentés dans ce rapport ou dans l'initiative stratégique pour évaluer la mesure de cette adoption. Il est possible de comparer ce résultat à celui d'organisations, groupes, secteurs ou systèmes qui n'adoptent pas ou ne se conforment pas aux lignes directrices pour évaluer le succès, mais la consultation d'un spécialiste en évaluation est recommandée.</p>
Données requises	<p>Données qualitatives fournies par des praticiens</p> <p>Données publiques sur les organisations, groupes, secteurs ou systèmes qui se conforment au cadre stratégique.</p>
Emplacement des données	<p>Niveau d'analyse: Provincial</p> <p>Rapport de données: Santé publique Ontario</p> <p>Niveau d'analyse: Régional</p> <p>Source de données : Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario</p>
Sous-analyses possibles* *Note: Il s'agit de suggestions de catégories possibles de stratification et non d'une liste exhaustive.	<p>Pour obtenir un tableau plus détaillé des chutes chez les aînés en Ontario, les praticiens peuvent consulter :</p> <p>Existence et applicabilité d'une politique concernant la formation de tous les praticiens en prévention des chutes</p> <p>Disponibilité de programmes de prévention des chutes fondés sur des données probantes</p> <p>Disponibilité d'un plan stratégique/d'un cadre/d'une organisation axés sur la prévention des chutes</p> <p>Systèmes et ressources existantes pour appuyer la prévention des chutes</p>
Limitations	<p>Cet indicateur est difficile à quantifier et les méthodes d'évaluation pourraient être très variables. Cet indicateur devrait être utilisé pour démontrer le fonctionnement du système.</p>

Tableau C4. Proportion d'aînés pour lesquels une évaluation préalable complète du risque de chutes a été effectuée

Indicateur	Proportion d'aînés pour lesquels une évaluation préalable complète du risque de chutes a été effectuée
Définition opérationnelle	Nombre ou pourcentage d'évaluations du risque de chutes effectuées dans des milieux de soins primaires, actifs ou de longue durée à la suite de la présentation du patient/résident, de son admission à l'hôpital, du changement de son état de santé ou d'une urgence médicale comme une chute
Importance et utilisation	L'évaluation préalable du risque de chutes chez les aînés constitue une stratégie de prévention des chutes produisant des résultats positifs significatifs selon la littérature scientifique. À la suite de l'admission dans un hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée, un changement de l'état de santé ou la survenue d'un événement médical modifie le risque de chutes d'un patient ou d'un résident. Les résultats des évaluations préalables du risque peuvent aider les professionnels de la santé à prendre des décisions au sujet des mesures de prévention des chutes requises pour réduire les chutes subséquentes. Une évaluation préalable du risque de chutes devrait inclure des questions sur la santé générale de la personne ainsi que des plans d'intervention. Les questions concernant les antécédents familiaux du patient, ses médicaments actuels, son âge, son poids, sa taille et sa posture peuvent aider à déterminer son risque de chutes.
Mots clés	Évaluation préalable du risque de chutes : Outil utilisé pour évaluer la probabilité qu'une personne chute ou se blesse en tombant dans son état de santé actuel afin d'orienter les décisions relatives aux mesures de prévention des chutes appropriées pour cette personne dans un milieu de soins actifs ou de longue durée.
Mode de calcul	<p>Numérateur : Nombre d'évaluations du risque de chutes effectuées pour des personnes de 65 ans et plus dans les milieux de soins actifs ou de longue durée</p> <p>Dénominateur : Nombre d'admissions à l'hôpital, de changements de l'état de santé et d'événements médicaux pour les personnes de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus dans les milieux de soins actifs et de longue durée</p> <p>Mode de calcul : Numérateur/dénominateur x 100 (exprimé en %)</p>
Données requises	<p>Nombre total d'évaluations préalables du risque de chutes effectuées pour des personnes de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus</p> <p>Nombre total d'admissions à l'hôpital, changements de l'état médical et événements médicaux pour les personnes de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus</p>

Indicateur	Proportion d'aînés pour lesquels une évaluation préalable complète du risque de chutes a été effectuée
	Collecte et utilisation des données complètes des guides de pratique clinique en matière de prévention du risque de chutes
Emplacement des données	<p>Niveau d'analyse: National</p> <p>Source de données: ICIS</p> <p>Institut canadien pour la sécurité des patients (Soins actifs)</p> <p>Institut canadien pour la sécurité des patients (SLD)</p> <p>Niveau d'analyse: Provincial</p> <p>Source de données: NQuIRE (voir RNAO)</p> <p>Rapport de données: Qualité des services de santé Ontario</p>
Sous-analyses possibles*	<p>Pour obtenir un tableau plus détaillé de l'évaluation préalable du risque de chutes, cet indicateur peut aussi être stratifié par :</p> <p>Type d'évaluations</p> <p>Emplacement géographique ou établissement</p> <p>Caractéristiques démographiques comme l'âge, le sexe, le statut socio-économique et le logement</p> <p>Pour mieux comprendre la réponse de la santé publique aux chutes chez les aînés en Ontario, les praticiens peuvent également considérer :</p> <p>Disponibilité d'une initiative d'amélioration de la qualité axée sur l'officialisation d'un programme normalisé de détection des chutes</p>
Limitations	<p>Cet indicateur n'a qu'une application limitée hors des milieux de soins actifs et de soins de longue durée. Il peut servir à évaluer les efforts déployés en matière de prévention des chutes dans la communauté et dans le secteur des soins primaires, une utilisation qui ne fait habituellement suite qu'à une visite à l'urgence et au congé subséquent.</p> <p>Le nombre d'évaluations préalables du risque de chutes effectuées localement et provincialement est notablement influencé par les guides de pratique clinique (GPC). À ce titre, la mise en œuvre de GPC provinciaux rendrait l'utilisation de cet indicateur plus appropriée. Les autres limitations incluent l'exactitude des données recueillies au sujet des admissions à l'hôpital, des changements de l'état de santé et des événements médicaux. Les données pour cet indicateur ne sont pas accessibles au public.</p>

Tableau C5. Nombre d'hospitalisations liées à une chute

Indicateur	Nombre d'hospitalisations liées à une chute
Définition opérationnelle	Nombre/taux d'admissions à l'hôpital liées à une chute pour 100 000
Importance et utilisation	Les chutes qui exigent une hospitalisation sont habituellement plus graves et elles entraînent des conséquences à long terme sur la santé plus importantes que les chutes qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Les hospitalisations peuvent aussi entraîner des conséquences à long terme pour les aînés, comme une transition vers une plus grande dépendance aux soins. Cet indicateur estime le fardeau hospitalier engendré par les chutes.
Mots clés	Hospitalisation : Signifie qu'une personne est admise à l'hôpital pour une période d'au moins une nuit en général, et qu'elle devrait recevoir son congé dès que cela sera approprié du point de vue médical.
Mode de calcul	<p>Taux d'hospitalisation</p> <p>Numérateur : Nombre d'hospitalisations liées à une chute pour les adultes de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus</p> <p>Dénominateur : Nombre total des résidents de l'Ontario âgés de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus</p> <p>Mode de calcul : (numérateur/dénominateur) x 100 000</p>
Données requises	<p>Nombre total d'hospitalisations liées à une chute chez les adultes de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus</p> <p>Codes de cause externe CIM-10 : W00-W19</p> <p>Estimations de la population âgée de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus</p>
Emplacement des données	<p>Numérateur : La source originale est accessible dans le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elle est distribuée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario : savoirSANTÉ ONTARIO.</p> <p>Dénominateur : Estimations de la population (2003 to 2017)</p> <p>Source originale : Statistique Canada</p> <p>Distribuée par : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario : savoirSANTÉ ONTARIO</p> <p>Niveau d'analyse : Mondial</p> <p>Rapport de données : WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age</p> <p>Niveau d'analyse : National</p> <p>Source de données : ICIS</p>

Indicateur	Nombre d'hospitalisations liées à une chute
	<p>Niveau d'analyse : Provincial</p> <p>Source de données : Snapshots sur les traumatismes de SPO ICIS</p> <p>Rapport de données : Integrated Provincial Fall Prevention Toolkit</p>
<p>Sous-analyses possibles*</p> <p>*Note : Il s'agit de suggestions de catégories possibles de stratification et non d'une liste exhaustive.</p>	<p>Pour obtenir un tableau plus détaillé des chutes, on peut analyser les hospitalisations en fonction d'autres variables, comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> Durée du séjour à l'hôpital en raison d'une blessure liée à une chute Hospitalisation liée à une chute ayant causé une fracture de la hanche, du bassin, d'une vertèbre ou du fémur Emplacement géographique Caractéristiques démographiques comme l'âge, le sexe et le logement
<p>Limitations</p>	<p>Les chutes qui exigent une hospitalisation sont habituellement plus sérieuses et les blessures qu'elles causent, plus graves. À ce titre, cet indicateur fournit certains renseignements permettant de déterminer le fardeau des chutes chez les aînés. Il est possible que cet indicateur soit souvent sous-déclaré, car la cause de l'hospitalisation peut être confondue avec celle d'un autre problème de santé découvert au moment de l'admission. La durée du séjour à l'hôpital peut être influencée par des facteurs externes sans lien avec une chute ou une blessure liée à une chute, comme l'accessibilité des ressources et la comorbidité du patient.</p>

Tableau C6 : Taux de décès associés à une chute

Indicateur	Taux de décès associés à une chute
Définition opérationnelle	Nombre/taux de décès associés à une chute pour 100 000
Importance et utilisation	Le décès est une conséquence grave des chutes chez les aînés. Cet indicateur peut distinguer les décès causés directement ou indirectement par une blessure liée à une chute.
Mots clés	<p>Mortalité intentionnelle : Décès de cause intentionnelle</p> <p>Mortalité non intentionnelle : Décès de cause accidentelle</p>
Mode de calcul	<p><u>Taux de mortalité</u></p> <p>Numérateur : Nombre de décès associés à une chute pour les adultes de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus</p> <p>Dénominateur : Nombre total de résidents de l'Ontario âgés de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus</p> <p>Mode de calcul : (numérateur/dénominateur) x 100 000</p>
Données requises	<p>Nombre total de décès associés à une chute pour les adultes de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus</p> <p>Codes de cause externe CIM-10 : W00-W19</p> <p>Estimations de la population âgée de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus</p>
Emplacement des données	<p>Numérateur : données sur les nombres et les causes de décès recueillies par le Bureau du registraire général de l'Ontario. Elles sont distribuées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée : savoirSANTÉ ONTARIO.</p> <p>Dénominateur : Estimation de la population (2003 to 2017)</p> <p>Source originale : Statistique Canada</p> <p>Distribuée par : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée : savoirSANTÉ ONTARIO</p> <p>Niveau d'analyse: Mondial</p> <p>Rapport de données: WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age</p> <p>Niveau d'analyse : Provincial</p> <p>Source de données : Snapshots sur les traumatismes de SPO</p> <p>Rapport de données : Integrated Provincial Fall Prevention Toolkit</p>

Indicateur	Taux de décès associés à une chute
<p>Sous-analyses possibles*</p> <p>*Note : Il s'agit de suggestions de catégories possibles de stratification et non d'une liste exhaustive.</p>	<p>Pour obtenir un tableau plus détaillé des chutes, les décès causés par une chute peuvent être analysés en fonction d'autres variables comme :</p> <p>Emplacement géographique</p> <p>Caractéristiques démographiques comme l'âge, le sexe et le logement</p> <p>Une autre façon de calculer cet indicateur consiste à utiliser le nombre total de décès comme dénominateur et de le multiplier par 100 plutôt que par 100 000. Ce calcul donne le pourcentage des décès imputables à une chute.</p>
<p>Limitations</p>	<p>Lorsqu'on interprète ces données, il faut prendre soin de vérifier s'il y a un ajustement pour l'âge. Les chutes qui entraînent un décès sont le résultat de chutes plus sérieuses et de blessures plus graves. À ce titre, cet indicateur ne fournit qu'un aperçu de certaines chutes et ne tient pas compte des cas de chutes légères. Le nombre ou le taux de décès causés par une chute est probablement sous-déclaré, car ces décès sont souvent imputés à un autre problème de santé même s'ils ont été causés par une chute¹⁶.</p>

Tableau C7 : Nombre d'appels au 911 suivis d'un transport vs nombre d'appels au 911 non suivis d'un transport

Indicateur	Nombre d'appels au 911 suivis d'un transport vs nombre d'appels au 911 non suivis d'un transport
Définition opérationnelle	Proportion d'appels au 911 en lien avec une chute nécessitant éventuellement un transport par rapport aux appels pour la même raison qui n'exigent pas un transport
Importance et utilisation	Les chutes entraînant un appel au 911 sont habituellement associées à des blessures. Celles qui nécessitent un transport à l'hôpital sont plus graves et plus susceptibles d'avoir des conséquences négatives, comme une hospitalisation ou un déclin de l'état de santé. Par conséquent, cet indicateur peut fournir un aperçu de la gravité des chutes qui surviennent en Ontario.
Mots clés	Appels au 911 suivis d'un transport : Appels au 911 entraînant le transport du patient à l'hôpital
Mode de calcul	<p>Proportion d'appels au 911 suivis d'un transport vs nombre d'appels au 911 non suivis d'un transport</p> <p>Numérateur : Nombre d'appels au 911 liés à une chute et suivis d'un transport pour des personnes de 65 à 74 ans et de 85 ans et plus</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'appels au 911 liés à une chute pour des personnes de 65 à 74 ans et de 85 ans et plus</p> <p>Mode de calcul : (numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé en %)</p>
Données requises	<p>Nombre total d'appels au 911 liés à une chute suivis d'un transport vs nombre d'appels au 911 non suivis d'un transport pour des personnes de 65 à 74 ans et de 85 ans et plus</p> <p>Codes de cause externe CIM-10 : W00-W19</p> <p>Estimations de la population âgée de 65 à 74 ans et de 85 ans et plus</p>
Sous-analyses possibles*	<p>Pour obtenir un tableau plus détaillé des chutes, les appels au 911 suivis d'un transport peuvent être analysés en fonction d'autres variables comme :</p> <p>Emplacement géographique</p> <p>Caractéristiques démographiques comme l'âge, le sexe et le logement</p> <p>Un autre mode de calcul consiste à utiliser le nombre total d'appels au 911 suivis d'un transport comme dénominateur. Cela donne la proportion d'appels au 911 suivis d'un transport liés à une chute par rapport aux autres raisons des appels au 911</p>

Indicateur	Nombre d'appels au 911 suivis d'un transport vs nombre d'appels au 911 non suivis d'un transport
Limitations	Il n'y a actuellement aucune donnée accessible au public pour cet indicateur. Bien que les raisons des appels au 911 qui ne nécessitent pas un transport sont habituellement moins graves, cela peut s'expliquer par les décès sur les lieux de l'incident. Cela devrait être pris en compte dans l'interprétation des données.

Tableau C8. Proportion de chutes par lieu d'incident

Indicateur	Proportion de chutes par lieu d'incident
Définition opérationnelle	Nombre, proportion ou taux de chutes ou de blessures liées à une chute par activité ou lieu
Importance et utilisation	Comprendre quand et comment les chutes et les blessures qui y sont reliées surviennent fournit de précieux renseignements pour l'élaboration de stratégies de prévention des chutes.
Mots clés	<p>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Enquête nationale recueillant des renseignements détaillés dans le domaine de la santé auprès d'un groupe national représentatif de participants</p> <p>Rapid Risk Factor Surveillance System (RRFSS) : Sondage régional visant à recueillir des données sur des questions de santé publique en Ontario</p>
Mode de calcul	<p>Proportion de chutes associées à un lieu ou à une activité</p> <p>Numérateur : Nombre de chutes par activité/lieu pour les adultes de 65 à 74 ans et de 85 ans et plus place</p> <p>Dénominateur : Nombre total de chutes pour les adultes de 65 à 74 ans et 85 ans et plus</p> <p>Mode de calcul : (numérateur/dénominateur) x 100 (exprimé en %)</p>
Données requises	<p>Nombre total de chutes pour les adultes de 65 à 74 ans et 85 ans et plus</p> <p>Activité associée à des chutes pour les adultes de 65 à 74 ans et 85 ans et plus</p> <p>Estimations de la population âgée de 65 à 74 ans et 85 ans et plus</p>
Emplacement des données	<p>Niveau d'analyse : National</p> <p>Source de données : ECSS</p> <p>Rapport de données : Chutes chez les aînés au Canada (2014)</p> <p>Niveau d'analyse : Provincial</p> <p>Source de données : ICIS</p> <p>Rapport de données : Les services d'urgence et les établissements de soins primaires peuvent recueillir des données sur l'activité et le lieu associés à une chute. Cette information est accessible sur SNISA, ICIS. Les estimations de la population sont accessibles auprès de Statistique Canada. Ces renseignements sont également distribués par savoirSANTÉ ONTARIO.</p> <p>Niveau d'analyse : Régional</p> <p>Source de données : RRFSS</p>

Indicateur	Proportion de chutes par lieu d'incident
<p>Sous-analyses possibles*</p> <p>*Note : Il s'agit de suggestions de catégories possibles de stratification et non d'une liste exhaustive.</p>	<p>Pour obtenir un tableau plus détaillé des chutes, le lieu de l'incident peut être analysé en fonction d'autres variables comme :</p> <p>Caractéristiques démographiques comme l'âge, le sexe et le logement</p> <p>Activité associée à une chute</p> <p>Un autre mode de calcul consiste à considérer le lieu de survenue d'une chute associée à un décès, à une hospitalisation ou à une visite à un service d'urgence. Ces modes de calcul aident à évaluer la gravité d'une chute en lien avec une activité ou un lieu.</p>
<p>Limitations</p>	<p>Il est possible que cet indicateur ne représente pas exactement la proportion des activités ou des lieux associés à des blessures causées par des chutes. Il repose sur de l'information recueillie et signalée au moment de l'admission d'un patient ou de sources de données autodéclarées comme l'ICIS. Les données de l'ICIS n'incluent pas les aînés résidant en établissements de soins. Elles ne font pas non plus de distinction entre les chutes qui causent des blessures et celles qui n'en causent pas. Les bureaux de santé publique ne participent pas tous au RRFSS, de sorte que certaines données régionales pourraient ne pas être prises en compte. Les données du RRFSS concernent aussi les personnes âgées de 18 ans et plus et elles ne sont pas stratifiées en fonction de l'âge.</p>

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Analyse environnementale : priorisation des indicateurs de prévention des chutes chez les aînés. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2022.

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.

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 en savoir plus sur SPO, consultez santepubliqueontario.ca

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022

Ontario 