

Les blessures non mortelles chez les Autochtones

Michael Tjepkema

Résumé

Objectifs

Le présent article compare les taux de blessure non mortelle et les caractéristiques de ces blessures chez les Autochtones de 12 à 64 ans vivant hors réserve et chez les autres Canadiens du même âge. Il fournit aussi des renseignements sur les limitations des activités dues à une blessure.

Sources des données

Les résultats reposent sur les données des cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada. Des renseignements supplémentaires sur les blessures chez les enfants de 11 ans et moins proviennent de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 2000-2001.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont permis de comparer les taux de blessure et les caractéristiques des blessures chez les Autochtones hors réserve et les non-Autochtones résidant dans les provinces et dans les territoires. Pour ces deux populations, des modèles de régression logistique multiple ont été utilisés pour examiner les écarts entre les taux de blessure non mortelle et entre les taux de limitation des activités due à une blessure. Ces modèles ont été exécutés en tenant compte de l'effet de certaines variables démographiques et socioéconomiques.

Principaux résultats

En 2000-2001 et en 2003, environ 20 % des Autochtones hors réserve des provinces ont déclaré une blessure suffisamment grave pour limiter leurs activités normales. Cette proportion est 1,4 fois plus élevée que celle observée parmi les autres résidents des provinces. Quant aux limitations des activités dues à une blessure, le taux dans les provinces est 1,7 fois plus élevé chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. Dans les territoires, les taux de blessure et de limitation des activités due à une blessure ne diffèrent pas de façon significative entre les deux groupes.

Mots-clés

Incapacité, indicateurs de l'état de santé, population autochtone.

Auteur

Michael Tjepkema (416-952-4620; Michael.Tjepkema@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, au bureau régional de Toronto, 25 St. Clair Avenue E., Toronto, Ontario, M4T 1M4.

Quatrième au rang des causes principales de décès au Canada¹, les blessures ont d'énormes répercussions sur la société, sans compter leur impact considérable sur le plan économique. Une étude réalisée en 1995-1996 a révélé que le coût des blessures accidentelles graves au Canada s'élevait à près de 9 milliards de dollars². Outre les coûts quantifiables, les blessures peuvent réduire la qualité de la vie en raison de l'anxiété, de la douleur, de l'incapacité et de la limitation des activités qu'elles suscitent³.

Quoiqu'elles soient un important problème de santé chez tous les Canadiens, les blessures semblent toutefois toucher les Autochtones de façon disproportionnée^{4,5}. Comparativement à de nombreux autres problèmes de santé, les blessures accidentelles représentent un plus lourd fardeau pour les collectivités autochtones, notamment en matière de décès, d'hospitalisations et d'utilisation des services de santé.⁶ Une récente étude estime d'ailleurs que les blessures sont la cause principale de décès et une source importante de limitation des activités chez les Autochtones de 1 à 44 ans⁷. Les décès imputables aux blessures seraient en outre nettement plus nombreux chez les Indiens inscrits de la Colombie-Britannique que chez les autres résidents de la province⁸.

Méthodologie

Sources des données

La présente analyse est fondée sur des données provenant des cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada. L'ESCC est conçue pour recueillir tous les deux ans des données transversales sur la santé des Canadiens. Elle a pour champ d'observation la population à domicile de 12 ans et plus des provinces et des territoires, sauf les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Le premier cycle (1.1) a débuté en septembre 2000 et s'est poursuivi pendant 14 mois. La moitié des entrevues ont été réalisées sur place. Le taux de réponse a été de 84,7 %, ce qui donne un échantillon de 131 535 personnes. Le cycle 2.1 a débuté en janvier 2003 et s'est terminé en décembre de cette même année. Le taux de réponse a été de 80,6 %, ce qui donne un échantillon de 135 573 personnes. La plupart des entrevues ont été réalisées par téléphone. La méthodologie de l'ESCC est décrite dans un rapport publié antérieurement⁹.

L'analyse porte sur les données recueillies auprès des résidents de 12 à 64 ans des provinces et des territoires qui ont indiqué leurs antécédents culturels ou ethniques, c'est-à-dire 106 411 personnes en 2000-2001 et 104 244 en 2003. Les personnes qui n'ont pas indiqué leurs antécédents culturels ou ethniques ont été exclues (843 en 2000-2001 et 2 657 en 2003).

Les données transversales supplémentaires sur les enfants de 11 ans et moins proviennent du quatrième cycle de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) réalisée en 2000-2001. L'ELNEJ est conçue pour recueillir des renseignements sur les facteurs ayant une influence sur le développement social, émotionnel et comportemental des enfants et pour évaluer l'effet de ces facteurs au cours du temps. Les données sont fournies par la personne considérée comme étant celle qui connaît le mieux l'enfant, habituellement la mère. Le cycle 4 de l'ELNEJ réalisé en 2000-2001 a permis de recueillir des données à l'égard de 30 307 enfants de 0 à 17 ans. Des renseignements plus détaillés sur l'enquête figurent dans un rapport publié antérieurement¹⁰.

Des renseignements au sujet de ces enquêtes, y compris le questionnaire de l'ESCC, peuvent être obtenus dans le site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca).

Techniques d'analyse

Pour rendre les estimations plus fiables, les données provenant des cycles de 2000-2001 et de 2003 (cycles 1.1 et 2.1) de l'ESCC ont été combinées pour compenser le nombre assez faible de participants autochtones à l'enquête. L'estimation des proportions a été faite d'après les poids d'échantillonnage de l'ESCC, lesquels sont représentatifs de la population cible au moment de la collecte des données (tableaux A et B en annexe). La comparaison des taux de blessure et des caractéristiques des blessures chez les Autochtones vivant hors réserve et chez les non-Autochtones est fondée sur des totalisations croisées. Pour comparer les taux de blessure chez les résidents autochtones et non autochtones des provinces et des territoires, deux modèles de régression logistique multiple ont été utilisés, lesquels tenaient compte de l'effet du sexe, de l'âge, de la résidence en région urbaine ou rurale, de l'état matrimonial, du revenu du ménage, du niveau de scolarité, de la situation quant à l'emploi et du niveau d'activité physique. Les modèles ont été exécutés séparément selon le sexe et le groupe d'âge. La même technique a été appliquée pour comparer la prévalence des limitations des activités dues à une blessure chez les deux populations. En tout, 16 modèles ont été exécutés pour les blessures non mortelles et 14, pour les limitations des activités dues à une blessure.

Lors du cycle du 2000-2001 de l'ESCC, 3 658 personnes ont indiqué être Autochtones d'Amérique du Nord, parmi lesquelles 582 ont mentionné une combinaison d'origines autochtone et non autochtone. Les personnes qui n'ont pas indiqué qu'elles appartenaient à une culture ou à une race autochtone ont été considérées comme étant non autochtones. Lors de l'ESCC de 2003, 4 448 personnes ont indiqué qu'elles étaient Autochtones, ce qui inclut 948 personnes ayant une origine autochtone et non autochtone.

Pour tenir compte de l'effet du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*^{11,12}. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$. Les données n'ont pas été normalisées selon l'âge, mais, lors de la comparaison des taux de blessure et de limitation des activités due à une blessure, on a inclut dans les modèles de régression une variable de contrôle permettant de tenir compte des différences d'âge.

Selon le Recensement de 2001, plus de 70 % de l'ensemble de la population autochtone vit hors réserve¹³. Pourtant, certains travaux de recherche sur les Autochtones du Canada ne semblent pas accorder une juste part à certains groupes, notamment les Métis, les Autochtones établis en région urbaine et les membres des Premières nations qui vivent hors réserve¹⁴. Trop peu d'études ont en outre été consacrées aux blessures chez les Autochtones, lesquelles sont à l'origine du tiers des décès au sein de cette population¹⁴.

Les études portant sur les blessures chez les Autochtones ont tendance à ne pas tenir compte des blessures non mortelles et à se concentrer plutôt sur les blessures mortelles. Le manque de données adéquates sur les blessures chez les Autochtones est considéré comme un obstacle important à la mise en place de programmes de prévention des blessures¹⁵.

Le présent article vise à combler cette lacune en comparant les blessures non mortelles chez deux sous-groupes de la population à domicile du Canada de 12 à 64 ans, à savoir les Autochtones vivant hors réserve et les non-Autochtones. Les résultats sont fondés sur les données regroupées de deux cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), réalisés en 2000-2001 (cycle 1.1) et en 2003 (cycle 2.1). L'article compare les caractéristiques des blessures non mortelles et l'utilisation des services de santé liée au traitement de la blessure chez les deux groupes au sein des provinces et des territoires (voir *Définitions* et *Définition des blessures non mortelles*). Les blessures plus graves, causant une limitation des activités de longue durée (ou une « limitation des activités due à une blessure », sont également examinées (voir *Méthodologie* et *Limites*). Un objectif secondaire est de présenter des renseignements supplémentaires sur les personnes qui sont les plus susceptibles de subir des blessures parmi la population autochtone (voir *Risque de blessure parmi la population autochtone*), ainsi que des données sur les blessures chez les enfants de 11 ans et moins (voir *Blessures chez les enfants*).

Risque plus élevé chez les résidents autochtones des provinces

Selon les cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'ESCC, environ 20 % des Autochtones de 12 à 64 ans vivant hors réserve dans les provinces ont dit avoir subi, l'année qui a précédé l'entrevue de l'enquête, une blessure suffisamment grave pour limiter leurs activités normales, ce qui représente environ 67 000 personnes pour chacune des années. Cette proportion est significativement plus élevée que celle observée pour les autres résidents des provinces qui ont déclaré une telle blessure (14 %). Bien que les estimations fondées sur les données de l'ESCC indiquent que le taux de prévalence des blessures est 1,4 fois plus élevé chez les Autochtones que chez les non-Autochtones résidant dans les provinces, l'écart est plus faible que celui publié par d'autres auteurs^{8,16}. Par exemple, le taux de mortalité due à une blessure est 3,4 fois plus élevé chez les membres inscrits des Premières nations de la Colombie-Britannique que chez les autres résidents de la province⁸. Selon une autre étude, les membres des Premières nations du Manitoba sont 3,7 fois plus susceptibles que les autres Manitobains d'être hospitalisés à cause d'une blessure¹⁶. Cet écart tient vraisemblablement à des différences de définition de l'« appartenance à la population autochtone », ainsi qu'à la gravité des blessures prises en compte.

Le taux plus élevé de blessure au sein de la population autochtone persiste si l'on analyse séparément les données selon le sexe (graphique 1). C'est d'ailleurs ce dont témoignent les résultats d'une autre étude selon laquelle les hommes et les femmes autochtones vivant hors réserve avaient, comparativement à leurs homologues non autochtones, un taux plus élevé d'années potentielles de vie perdues (APVP) liées à des décès dus à des blessures ou à des intoxications⁵.

Une plus forte proportion d'Autochtones de 20 ans et plus que de non-Autochtones du même âge ont déclaré une blessure (graphique 2). Dans le groupe des 12 à 19 ans, le taux de prévalence des blessures est le même au sein des deux populations. Ce résultat s'apparente à ceux d'une étude antérieure selon laquelle le taux de prévalence des blessures chez les enfants autochtones de 14 ans et moins

Définitions

Pour les besoins de la présente analyse, *Autochtone* s'entend uniquement des Autochtones vivant hors réserve qui font partie de la population à domicile. La question suivante a été posée lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : « À quel(s) groupe(s) ethnique(s) ou culturel(s) vos ancêtres appartenaient-ils? (p. ex. : Français, Écossais, Chinois) » L'autre question utilisée pour définir les personnes autochtones dans le contexte du présent article était : « Les gens qui habitent au Canada ont des origines culturelles et raciales très variées. Êtes-vous... Autochtone (Indien(ne) de l'Amérique du Nord, Métis(se) ou Inuit(e)? » La question comportait une liste de 12 catégories et les réponses multiples étaient permises. Les personnes qui ont dit être membres d'une population autochtone d'Amérique du Nord ont été définies comme étant Autochtones dans la présente analyse (voir *Limites*).

Pour les définitions relatives aux blessures, consulter *Définition des blessures non mortelles*.

Cinq *groupes d'âge* ont été définis : 12 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans et 45 à 64 ans. Pour la limitation des activités due à une blessure, les deux premiers groupes d'âge ont été regroupés à cause du petit nombre de personnes ayant déclaré une telle limitation.

Les régions *urbaines* sont celles dont la concentration démographique est d'au moins 1 000 habitants et dont la densité de population est d'au moins 400 habitants par kilomètre carré, d'après les chiffres du recensement de la population le plus récent. Les régions ne satisfaisant pas à ces critères sont considérées comme étant *rurales*.

L'*état matrimonial* comprend les catégories suivantes : marié(e) ou union libre; antérieurement marié(e) (divorcé(e), séparé(e) ou veuf(ve)) et jamais marié(e).

Le *niveau de scolarité* est fondé sur le plus haut niveau d'études atteint : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Les catégories utilisées pour caractériser la *situation quant à l'emploi* sont : a travaillé durant toute l'année précédente, a travaillé pendant une partie de l'année précédente, et n'a pas travaillé l'année précédente.

Les groupes de *revenu du ménage* ont été définis d'après la taille du ménage et le revenu total de ce dernier provenant de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4 5 ou plus	Moins de 10 000 \$ Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	10 000 \$ à 14 999 \$ 10 000 \$ à 19 999 \$ 15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$ 20 000 \$ à 39 999 \$ 30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$ 40 000 \$ à 79 999 \$ 60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2 3 ou plus	60 000 \$ et plus 80 000 \$ et plus

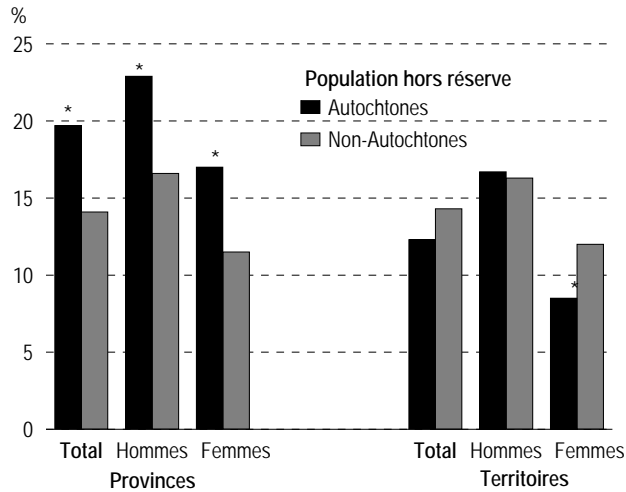
Le *niveau d'activité physique durant les loisirs* a été déterminé en estimant la dépense énergétique (DE) pour chaque activité à laquelle une personne s'adonnait durant les loisirs. Ainsi, le nombre de fois qu'une personne s'adonnait à une activité sur une période de 12 mois a été multiplié par la durée moyenne, exprimée en heures, et par la dépense d'énergie associée à l'activité (kilocalories dépensées par kilo de poids corporel par heure d'activité). Le calcul de la DE quotidienne moyenne pour l'activité en question s'obtient en divisant l'estimation par 365. Le calcul a été répété pour toutes les activités de loisirs déclarées et les estimations résultantes ont été additionnées pour obtenir une DE quotidienne moyenne agrégée. Les personnes dont la DE durant les loisirs était inférieure à 1,5 kcal/kg/jour ont été considérées comme étant physiquement inactives. Celles dont la DE était égale ou supérieure à 1,5 kcal/kg/jour ont été considérées comme étant actives.

vivant hors réserve est à peine plus élevé que celui observé chez les autres enfants du même âge¹⁷ (voir *Blessures chez les enfants*).

Les Autochtones et les non-Autochtones se distinguent par leurs caractéristiques démographiques et socioéconomiques. Ainsi, les

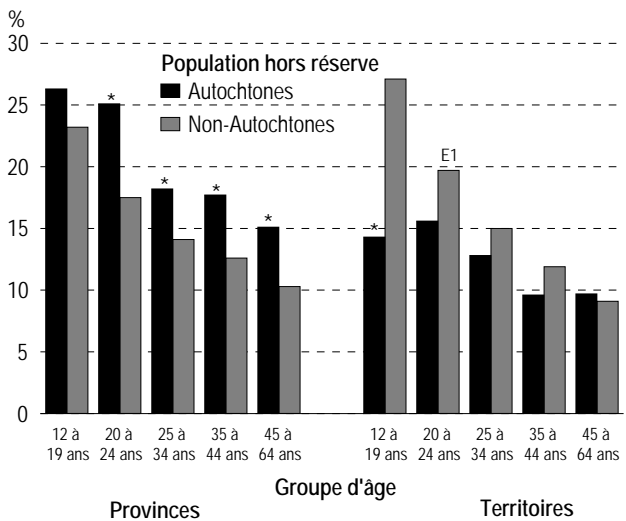
Autochtones ont généralement un revenu plus faible, un moins haut niveau de scolarité et un taux de chômage plus élevé. Leur population est également plus jeune et établie, de façon disproportionnée, dans les régions rurales, les provinces de l'Ouest et les territoires^{13,18}. Ces différences pourraient tenir à

Graphique 1
 Pourcentage ayant déclaré une blessure grave l'année précédente, selon le sexe et l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003
 * Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).

Graphique 2
 Pourcentage ayant déclaré une blessure grave l'année précédente, selon le groupe d'âge et l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003
 * Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).
 E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

l'écart observé entre les taux de prévalence des blessures chez ces deux groupes. Pour examiner cette possibilité, les risques de blessure parmi les populations autochtone et non autochtone ont été comparés en tenant compte de l'effet du sexe, de l'âge, de l'état matrimonial, de la résidence en région urbaine ou rurale, du revenu du ménage, du niveau de scolarité, de la situation quant à l'emploi et du niveau d'activité physique durant les loisirs. La variable dépendante est l'existence, l'année qui a précédé l'enquête, d'une blessure qui a eu des répercussions sur les activités normales (voir *Méthodologie*). Même en tenant compte de l'effet de ces variables, le taux de prévalence des blessures demeure plus élevé parmi la population autochtone des provinces (données non présentées). Si la même analyse multivariée est réalisée séparément selon le sexe et le groupe d'âge, la différence persiste tant chez les hommes que chez les femmes, et ce, dans tous les groupes d'âge sauf celui des 12 à 19 ans, pour lequel les taux de prévalence des blessures sont comparables dans les deux groupes de population (données non présentées). Autrement dit, les différences entre certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques n'expliquent pas l'écart entre les taux de prévalence des blessures des Autochtones et des non-Autochtones résidant dans les provinces.

Territoires : taux de blessure plus faible chez les femmes autochtones

Selon les données combinées des cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'ESCC, environ 12 % des Autochtones des territoires ont déclaré avoir subi une blessure grave au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, ce qui représente environ 3 500 personnes par an. Cette proportion est statistiquement équivalente à celle de 14 % observée à l'endroit des autres résidents des territoires (graphique 1). Ces résultats contredisent toutefois ceux d'une autre étude, selon laquelle le risque de mortalité par blessure est plus élevé parmi la population autochtone des Territoires du Nord-Ouest que chez les autres résidents¹⁹. Ce manque de concordance tient vraisemblablement à la comparaison de blessures mortelles et non mortelles. Les études fondées sur la même définition

Risque de blessure parmi la population autochtone

Le risque de subir une blessure n'est pas réparti uniformément au sein d'une population^{20,21}. Ainsi, il est reconnu que le risque de subir des blessures non mortelles est plus grand chez les hommes que chez les femmes et chez les jeunes que chez les personnes âgées²²⁻²⁵. Sont exclues de ces observations les blessures exigeant une hospitalisation, pour lesquelles le risque est également plus élevé chez les personnes âgées²⁶. Peu d'études ont tenté de déterminer quelles sont, parmi la population autochtone vivant hors réserve au Canada, les personnes les plus susceptibles de subir des blessures non mortelles. Autrement dit, les différences observées parmi la population non autochtone existent-elles aussi parmi la population autochtone? Selon les données des cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), le taux de blessure non mortelle est plus élevé chez les Autochtones vivant dans les provinces (20 %) que chez leurs homologues vivant dans les territoires (12 %).

Parmi la population d'hommes autochtones des provinces, 23 % ont déclaré avoir subi une blessure grave au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, comparativement à 17 % des femmes autochtones. Il en est de même de la population autochtone des territoires : le taux de blessure était plus élevé chez les hommes (17 %) que chez les femmes (9 %). Ces profils reflètent vraisemblablement la participation des hommes à des activités à plus grands risques (sports, par exemple) et leur emploi dans des professions comportant plus de risques^{23,27}.

Parmi la population autochtone des provinces, 26 % des 12 à 19 ans et 25 % des 20 à 24 ans ont déclaré une blessure grave, comparativement à 15 % des 45 à 64 ans. Dans les territoires, les chiffres correspondants sont 14 % et 16 % pour les deux groupes de jeunes par opposition à 10 % pour le groupe plus âgé.

Tant dans les provinces que dans les territoires, les Autochtones de 25 à 64 ans qui étaient célibataires (jamais mariés) avaient un taux plus élevé de blessure grave que ceux qui étaient mariés ou vivaient en union libre. Être physiquement actif augmente aussi le risque de subir une blessure. D'autres variables, comme la résidence en région urbaine ou rurale, le niveau de scolarité, la situation quant à l'emploi et le revenu du ménage ne sont pas corrélées aux blessures. Les résultats des études sur l'association entre le revenu et les blessures non mortelles sont contradictoires, la plupart indiquant soit une absence d'association soit une association positive^{22,27-29}. Ces études pourraient refléter une fréquence croissante des occasions de s'adonner à des activités récréatives et de plein air éventuellement plus dangereuses, parallèlement à l'accroissement du revenu.

En plus des questions sur les blessures graves, on a demandé aux participants à l'ESCC s'ils présentaient une limitation des activités qui avait duré ou qui devrait durer au moins six mois et qui avait été causée par une blessure (voir *Définitions*). D'après les données de l'ESCC, le taux de limitation des activités due à une blessure est plus élevé chez les Autochtones résidant dans les provinces (12 %) que chez leurs homologues des territoires (8 %).

La limitation des activités due à une blessure est plus fréquente chez les hommes autochtones des provinces que chez leurs homologues féminins (14 % contre 10 %). Cet écart entre les hommes et les femmes s'observe également chez les Autochtones vivant dans les territoires, soit 11 % contre 6 %.

L'âge est aussi un facteur important. Dans les provinces, plus de 17 % des Autochtones de 35 à 64 ans avaient une limitation des activités due à une blessure, proportion nettement plus élevée que celles observées dans les groupes d'âge plus jeunes. Un profil comparable se dégage pour les Autochtones résidant dans les territoires. Même si l'analyse indique que les jeunes Autochtones courent un plus grand risque que les autres de subir une blessure grave, le résultat concernant la limitation des activités due à une blessure est celui attendu, étant donné le caractère cumulatif de telles limitations au cours de la vie d'une personne²².

Tant dans les provinces que dans les territoires, le taux de limitation des activités due à une blessure est plus élevé chez les Autochtones de 25 à 64 ans n'ayant pas travaillé l'année précédente que chez ceux qui avaient travaillé toute cette année-là, ce qui pourrait signifier qu'ils étaient incapables de travailler à cause de leur limitation.

Pourcentage d'Autochtones vivant hors réserve ayant déclaré une blessure grave l'année précédente ou une limitation des activités due à une blessure, population à domicile de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées

	Blessure grave l'année précédente		Limitation des activités due à une blessure	
	Provinces	Terri-toires	Provinces	Terri-toires
	%	%	%	%
Total	19,7	12,3	12,3	8,4
Sexe				
Hommes	22,9*	16,7*	14,4*	10,7*
Femmes [†]	16,9	8,5	10,4	6,3
Groupe d'âge				
12 à 19 ans	26,3*	14,3*
20 à 24 ans	25,1*	15,6*
12 à 24 ans	5,8 ^{E1}	5,2 ^{E1}
25 à 34 ans	18,2	12,8	9,6*	6,8*
35 à 44 ans	17,7	9,6	19,5	11,1
45 à 64 ans [‡]	15,0	9,7	16,7	14,1 ^{E1}
Résidence				
Région urbaine [†]	20,0	14,6	11,6	8,0 ^{E1}
Région rurale	18,9	11,0	14,4	8,5
État matrimonial[†]				
Marié(e)/union libre [†]	15,1	8,0	14,6	10,8
Marié(e) antérieurement	16,6	11,1 ^{E1}	20,3	11,4 ^{E2}
Jamais marié(e)	21,8*	17,4*	13,8	8,7 ^{E1}
Niveau de scolarité[†]				
Pas de diplôme d'études secondaires [†]	15,8	9,1	15,2	9,4
Diplôme d'études secondaires	13,1	13,3 ^{E2}	15,5 ^{E1}	F
Études postsecondaires partielles	16,3 ^{E1}	13,4 ^{E2}	16,4 ^{E1}	F
Diplôme d'études postsecondaires	19,1	11,9	14,8	12,7
Situation quant à l'emploi[†]				
A travaillé tout l'année précédente	17,5	9,9	11,9	8,3*
A travaillé une partie de l'année précédente	18,6	13,6	18,9*	11,7
N'a pas travaillé l'année précédente [†]	14,6	7,9 ^{E1}	18,0*	13,1
Revenu du ménage				
Inférieur	18,6	12,2	15,6 ^{E1}	5,6 ^{*E1}
Moyen-inférieur	17,0	10,2 ^{E2}	10,8	7,0 ^{E1}
Moyen	17,5	11,0	12,0	8,0 ^{E1}
Moyen-supérieur	22,3	13,7 ^{E1}	12,2	7,1 ^{E1}
Supérieur [†]	17,9	13,6	15,5	11,6 ^{E1}
Activité durant les loisirs				
Actif(ve)	22,2*	15,5*	11,7	9,5
Inactif(ve) [†]	17,9	10,3	13,2	7,9

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

[†] Catégorie de référence.

[‡] Groupe des 25 à 64 ans.

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ou taille de l'échantillon inférieure à 10.

... N'ayant pas lieu de figurer.

d'une blessure que celle utilisée pour la présente analyse révèlent que la population autochtone des territoires est moins susceptible que les autres résidents de déclarer une blessure³⁰.

Dans les territoires, la proportion d'hommes qui ont déclaré une blessure grave ne varie pas selon l'appartenance à la population autochtone. Par contre, une proportion plus faible de femmes autochtones que d'autres femmes résidant dans les territoires ont déclaré une blessure grave (graphique 1). Seuls les Autochtones de 12 à 19 ans ont un risque plus faible de subir une blessure que les autres résidents des territoires du même âge; pour les autres groupes d'âge, les taux déclarés de blessure ne diffèrent pas significativement pour les deux populations (graphique 2). Les plus faibles taux de blessure associés aux femmes autochtones et aux Autochtones de 12 à 19 ans persistent même en tenant compte de l'effet d'autres facteurs (données non présentées), ce qui donne à penser que les caractéristiques mesurées dans ces modèles n'expliquent pas les écarts entre les taux de blessure. Les résultats pour les hommes et pour tous les autres groupes d'âge demeurent statistiquement semblables pour les deux groupes lorsqu'on tient compte de l'effet de ces autres facteurs (données non présentées).

Plus d'une blessure

Certaines personnes qui ont déclaré avoir été victime d'une blessure grave au cours de la dernière année en avaient subi plus d'une. Par exemple, 22 % des Autochtones résidant dans les provinces ayant dit s'être blessés ont déclaré au moins deux blessures limitant leurs activités, tout comme l'ont fait 21 % des autres résidents des provinces. Les chiffres correspondants associés aux deux sous-groupes de population des territoires sont respectivement 24 % et 25 %.

Genre de blessures

Les participants à l'ESCC qui avaient subi une blessure ont été invités à fournir des renseignements détaillés sur leur blessure la plus récente. Ils devaient ainsi préciser le genre de blessure, la partie du corps

atteinte et l'activité à laquelle ils s'adonnaient lorsqu'ils ont été blessés (voir *Définition des blessures non mortelles*). Les personnes qui ont dit avoir subi plus d'une blessure ont été priées de fournir cette information pour la blessure la plus grave. Ainsi, les entorses et les foulures sont les blessures les plus courantes observées chez les Autochtones et chez les non-Autochtones des provinces, mais les Autochtones sont touchés dans une moindre mesure (tableau 1). Les fractures et les coupures ou les perforations sont également des blessures courantes chez les deux groupes.

Les parties du corps atteintes ne diffèrent pas significativement parmi les deux groupes provinciaux étudiés. Pour chacun, les parties du corps les plus fréquemment blessées sont la main ou le poignet et la cheville ou le pied, chacune représentant au moins le cinquième de l'ensemble des blessures.

Selon l'analyse, 28 % des Autochtones ayant subi une blessure ont dit qu'elle avait eu lieu durant une activité sportive ou en faisant de l'exercice, et 21 % ont mentionné une activité professionnelle, proportions qui sont toutes deux significativement plus faibles que celles observées parmi les résidents non autochtones ayant subi une blessure. Les Autochtones sont plus susceptibles que les autres résidents des provinces de déclarer s'être blessés durant les loisirs ou un passe-temps, ou durant d'autres activités. Chez les deux populations, les blessures reliées aux activités sportives ou professionnelles sont les plus courantes, comme l'indiquent d'autres études²⁴.

En général, dans les territoires, les caractéristiques des blessures sont les mêmes pour la population autochtone comme pour la population non autochtone. Cependant, la plus forte proportion de blessures survenues durant les loisirs ou un passe-temps parmi les Autochtones tient de l'exception (tableau 1). Étant donné la petite taille des échantillons, les écarts doivent être importants pour être considérés comme étant statistiquement significatifs (voir *Limites*).

Définition des blessures non mortelles

Le présent article est fondé sur des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les participants à l'enquête devaient répondre à une série de questions sur les *blessures non mortelles*, en commençant par : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une blessure suffisamment grave pour limiter vos activités normales? ». Les personnes qui ont répondu « oui » ont été considérées comme ayant subi une *blessure grave*. Les personnes qui ont déclaré plus d'une blessure de ce genre devaient fournir des renseignements sur la plus grave.

Six groupes ont été définis pour le *genre de blessure* : fracture; brûlure, brûlure chimique; foulure ou entorse; coupure, perforation, morsure d'animal; éraflure, meurtrissure, cloque; et « autre ».

Sept catégories décrivent la *partie du corps* atteinte : tête ou cou (sauf les yeux); épaule, bras ou coude; poignet ou main; cuisse, jambe, genou; cheville ou pied; dos ou colonne vertébrale; et toutes les autres parties du corps.

Les personnes interrogées ont été invitées à indiquer le *lieu de la blessure*. À cet égard, les réponses ont été regroupées comme suit : dans la maison ou aux alentours; école, collège ou université (sauf les aires de sports); aires de sports ou d'athlétisme (y compris les aires de sports des écoles); rue, autoroute, trottoir; zone commerciale (p. ex., magasin, restaurant, immeuble de bureaux, gare de transport); zone industrielle ou de construction; et tous les autres lieux.

L'*activité au moment de la blessure* a été déterminée en demandant aux personnes interrogées ce qu'elles faisaient lorsqu'elles ont été blessées : sports ou exercice physique (y compris les activités scolaires); loisirs ou passe-temps (y compris le bénévolat); travail rémunéré (y compris les déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi); tâche ménagère, autre travail non rémunéré ou éducation; et autres activités.

La *cause de la blessure* a été déterminée au moyen de deux questions : « La blessure a-t-elle été causée par une chute? » et « Quelle a été la cause de la blessure? ». Les huit catégories qui suivent ont été utilisées : chute; accident de transport; frappé, poussé, mordu, etc. accidentellement par une personne ou par un animal; heurté ou écrasé accidentellement par un objet; contact accidentel avec une machine, un objet ou un outil tranchant ou contact accidentel avec un objet, un liquide ou un gaz chaud; exercice trop intensif ou mouvement ardu; agression; ou toute autre cause.

La question suivante a en outre été posée aux participants à l'ESCC de 2000-2001 : « Suite à cette blessure, avez-vous reçu des soins médicaux d'un professionnel de la santé dans les 48 heures qui ont suivi? ». En 2003, l'énoncé de la question sur le traitement était légèrement différent : « Avez-vous reçu des soins médicaux prodigués par un professionnel de la santé dans les 48 heures suivant la blessure? ». Les personnes qui ont répondu « oui » à l'une ou l'autre question se sont fait lire une liste d'emplacements possibles : cabinet du médecin, salle d'urgence d'un hôpital, clinique sans rendez-vous et « autre » emplacement. Les personnes interrogées pouvaient mentionner plus d'un emplacement.

Lors de l'ESCC de 2000-2001, les intervieweurs ont lu le préambule qui suit concernant la *limitation des activités due à une blessure* : « Les questions suivantes portent sur toute limitation découlant de l'état de santé qui a une influence sur les activités quotidiennes. Dans ces questions, on entend par « problème de santé de longue durée » un état qui persiste ou qui devrait persister six mois ou plus. ». Pour le cycle de 2003, l'énoncé était : « Les questions suivantes portent sur toute limitation *actuelle* dans vos activités quotidiennes causée par un état ou un problème de santé de longue durée. Pour ces questions, on entend par « problème de santé de longue durée » un état qui dure ou qui devrait durer six mois ou plus. ». Les questions suivantes ont été posées lors des deux cycles de l'enquête : « Avez-vous de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à vous pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables? », « Est-ce qu'un état physique ou un état mental ou un problème de santé de longue durée réduit la quantité ou le genre d'activités que vous pouvez faire : à la maison, au travail, à l'école, dans d'autres activités (p. ex. dans les déplacements ou les loisirs)? ». Les personnes qui ont répondu « oui – souvent » ou « oui – parfois » à l'une de ces questions se sont en outre vu demander : « Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause du problème de santé? ». La présente analyse porte sur la *limitation des activités due à une blessure* survenue à la maison, durant des activités sportives ou récréatives, et reliée au travail ou à un véhicule automobile (ESCC de 2000-2001), ou à un accident survenu à la maison ou au travail, impliquant un véhicule automobile, ou tout autre type d'accident (ESCC de 2003).

Limites

Comme il en est de toutes les données autodéclarées, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sont sujettes à des erreurs de remémoration des faits et de compréhension des questions. En outre, les différences culturelles entre les populations autochtone et non autochtone pourraient influencer les résultats. Plusieurs études ont montré que l'interprétation des questions et la volonté de répondre aux questions délicates varient selon le groupe culturel³¹⁻³⁵, mais nul ne connaît l'importance de ce biais de déclaration.

La gravité des blessures n'a pas été évaluée; par conséquent, des blessures de niveaux de gravité différents ont été regroupées, ce qui pourrait masquer certaines associations puisque, selon certaines études, les blessures graves ne sont pas associées aux mêmes facteurs de risque que les blessures moins graves²⁸.

La taille de l'échantillon d'Autochtones de l'ESCC est faible, de sorte que la précision des estimations est limitée et que les écarts entre deux estimations ou les rapports de cotes doivent être grands pour être statistiquement significatifs. Par conséquent, certains écarts et certains rapports de cotes sont grands, mais non significatifs.

L'information sur les personnes de 65 ans et plus n'a pu être incluse, à cause du petit nombre de participants autochtones appartenant à ce groupe d'âge qui ont déclaré une blessure.

La mesure dans laquelle les Autochtones qui ont répondu à l'ESCC représentent l'ensemble de la population autochtone vivant hors réserve au Canada n'est pas connue. Seules les personnes qui ont indiqué que leurs antécédents culturels et raciaux étaient « Autochtones d'Amérique du Nord » sont considérées comme étant Autochtones. Les personnes qui n'ont pas déclaré leurs antécédents culturels et raciaux ont été exclues de l'analyse. Certaines études ont montré que l'opinion qu'ont les gens de leurs antécédents évolue avec le temps^{36,37}. En outre, une personne pourrait avoir de nombreuses raisons de ne pas divulguer sa culture ou sa race.

Le regroupement des trois groupes autochtones reconnus, à savoir les Indiens d'Amérique du Nord, les Métis et les Inuits, est une mesure grossière de l'ethnicité³⁸, et il serait préférable d'analyser les données sur ces groupes séparément, parce que chacun possède sa propre histoire et sa propre culture. Malheureusement, les données de l'ESCC ne le permettent pas.

La population autochtone, telle qu'évaluée dans le cadre de l'ESCC, n'est pas strictement comparable à la population autochtone

évaluée dans le cadre du recensement (1996, 2001) ou de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2001, à cause des définitions différentes du terme autochtone. Le recensement et l'EAPA font appel à un concept d'identité, tandis que l'ESCC utilise un concept de race/culture. Dans le cas du recensement et de l'EAPA, l'identité autochtone s'entend des personnes qui ont déclaré : 1) être Indiens d'Amérique du Nord, Métis et/ou Inuits, et/ou 2) avoir le statut d'Indien inscrit tel que défini par la *Loi sur les Indiens*, et/ou 3) appartenir à une bande ou à une Première nation. Par conséquent, les nuances dans la façon de définir la population autochtone peuvent donner lieu à des populations cibles légèrement différentes.

Les données provenant de l'EAPA n'ont pas été utilisées dans la présente analyse, parce qu'aucun renseignement n'a été recueilli dans le cadre de cette enquête sur les blessures subies par les personnes de 15 ans et plus. En outre, bien que des questions sur les limitations des activités aient été posées, celles-ci ne permettent pas de déterminer si la limitation des activités est causée par une blessure.

De même, les données provenant de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001 n'ont pas été utilisées dans la présente analyse pour plusieurs raisons. Lors de cette enquête, seuls des renseignements sur les blessures ayant causé une limitation des activités ont été recueillis. Bien qu'il soit possible d'utiliser les données de l'EPLA pour analyser les limitations des activités dues à une blessure, l'enquête ne fournit pas de renseignements pour les territoires, et la définition du terme autochtone diffère de celle utilisée dans l'ESCC (voir *Définitions*). Or par souci d'uniformité des définitions, les données de l'EPLA n'ont pas été utilisées dans la présente analyse.

Les modèles de régression logistique utilisés pour comparer les taux de blessure et de limitation des activités causée par une blessure chez les Autochtones et les non-Autochtones indiquent la persistance d'un effet confusionnel résiduel du statut socioéconomique. D'autres études donnent à penser qu'il convient d'utiliser autant de variables socioéconomiques différentes que possible afin de réduire tout effet confusionnel résiduel²⁹.

Comme les données de l'ESCC sont transversales, aucune relation temporelle ni causale ne peut être inférée.

Tableau 1

Caractéristiques et circonstances de la blessure, selon l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans ayant subi une blessure grave l'année précédente, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées

	Provinces		Territoires	
	Autochtones	Non-Autochtones	Autochtones	Non-Autochtones
	%	%	%	%
Genre de blessure				
Foulure ou entorse	38,7*	43,8	39,1	41,3
Fracture	20,5	17,7	21,9	15,8
Coupure, perforation, morsure d'animal	14,5	13,1	12,4 ^{E1}	15,3
Éraflure, meurtrissure, cloque	7,5	5,7	7,1 ^{E1}	8,5 ^{E2}
Brûlure, brûlure chimique	2,4 ^{E1}	3,4	F	2,5 ^{E2}
Autre	16,4	16,2	17,5 ^{E1}	16,5
Partie du corps atteinte				
Cheville ou pied	21,2	22,2	25,8	23,6
Poignet ou main	22,7	20,7	15,6 ^{E1}	21,4
Cuisse, genou, jambe	14,6	14,0	18,8*	12,1
Dos ou colonne vertébrale	11,5	13,8	10,1 ^{E1}	12,2
Épaule, bras, coude	11,2	12,0	12,0 ^{E1}	13,7 ^{E1}
Tête ou cou (sauf les yeux)	7,2 ^{E1}	6,3	8,3 ^{E1}	5,7 ^{E1}
Autre	11,6	11,0	9,3 ^{E1}	11,3 ^{E1}
Activité au moment de la blessure				
Sports ou exercice physique	28,0*	33,4	34,3	39,1
Travail rémunéré	21,2*	26,0	17,1*	25,1
Tâches ménagères	14,4	15,7	9,0	13,4 ^{E1}
Loisirs ou passe-temps	18,4*	12,8	26,3*	14,5
Autre	17,9*	12,2	13,3 ^{E1}	7,9 ^{E2}
Endroit où a eu lieu la blessure				
Dans la maison ou aux alentours	32,2	30,4	28,5	29,3
Aires de sports ou d'athlétisme	18,3*	24,9	25,3	29,0
Rue, autoroute, trottoir	16,1*	11,2	15,8	11,7 ^{E1}
Zone commerciale	9,6	8,7	4,4 ^{E2}	9,2 ^{E1}
Zone industrielle ou de construction	9,0	8,0	5,4 ^{E1}	6,4 ^{E1}
École (sauf les aires de sports)	4,6 ^{E1}	5,0	7,5 ^{E2}	5,0 ^{E1}
Autre	10,2	11,8	13,0 ^{E1}	9,5
Cause de la blessure				
Chute	39,3	36,2	37,8	37,4
Exercice trop intensif ou mouvement ardu	15,9*	20,7	21,1	22,2
Contact accidentel avec un objet tranchant ou chaud	10,4	12,7	6,2 ^{E1}	9,9
Heurté(e) accidentellement par un objet	9,1 ^{E1}	8,4	7,4 ^{E1}	8,6 ^{E1}
Frappé(e) ou mordu(e) accidentellement par une personne ou un animal	6,0 ^{E2}	6,6	9,2 ^{E1}	7,6 ^{E2}
Accident de transport	7,6 ^{E1}	6,4	5,1 ^{E1}	F
Agression	5,5 ^{E2}	1,6	F	F
Autre	6,2 ^{E1}	7,4	8,8 ^{E1}	7,6 ^{E1}

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas être égale à 100 %.
* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ou taille de l'échantillon inférieure à 10.

Lieu et cause

Dans les provinces, environ le tiers des blessures sont survenues dans la maison ou autour de celle-ci, aussi bien chez les Autochtones que chez les non-Autochtones (tableau 1). Cependant, les Autochtones sont plus susceptibles que les autres résidents des provinces de déclarer avoir subi une blessure dans une rue, sur une autoroute ou sur un trottoir (16 % contre 11 %). Environ 18 % des blessures subies par les Autochtones sont survenues dans des aires de sports ou d'athlétisme, proportion plus faible que celle observée parmi les non-Autochtones.

Les causes des blessures sont généralement les mêmes chez les Autochtones et chez les non-Autochtones. Les chutes constituent la cause la plus courante, étant à l'origine de 39 % des blessures parmi la population autochtone des provinces. La proportion de blessures attribuées à un exercice trop intensif est plus faible chez les Autochtones que chez les autres résidents des provinces, tandis que la proportion de blessures causées par une agression est plus élevée.

Tableau 2

Traitement de la blessure et lieu du traitement, selon l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans ayant subi une blessure grave l'année précédente, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées

	Provinces		Territoires	
	Autochtones	Non-Autochtones	Autochtones	Non-Autochtones
	%	%	%	%
Blessure traitée dans les 48 heures	65,9	62,3	58,8	60,3
Lieu du traitement[†]				
Salle d'urgence	62,2*	54,0	44,5*	58,5
Cabinet du médecin	15,1*	21,1	F	16,5 ^{E1}
Clinique sans rendez-vous	13,0 ^{E1}	13,0	F	F
Autre	12,3 ^{E1}	14,3	48,2*	21,6
Hospitalisation pour la nuit	12,5 ^{E1}	6,4	15,2 ^{E1}	8,4 ^{E1}

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

† Un traitement pourrait avoir été reçu à plus d'un endroit.

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ou taille de l'échantillon inférieure à 10.

La majorité des victimes se font soigner

La majorité des personnes qui avaient subi une blessure grave au cours de la dernière année se sont fait traiter par un professionnel de la santé dans les 48 heures, indépendamment de l'appartenance à une population autochtone ou de l'emplacement géographique (tableau 2).

Dans les provinces, les Autochtones sont plus susceptibles que les non-Autochtones de recevoir des soins au service de l'urgence d'un hôpital et moins susceptibles de se rendre au cabinet d'un médecin. Dans les territoires, la situation est inverse : les non-Autochtones sont plus susceptibles d'être traités au service de l'urgence, tandis que les Autochtones sont plus susceptibles d'être traités en dehors d'un hôpital. Ces différences tiennent vraisemblablement au mode de prestation des soins de santé dans les territoires. À part les régions urbaines, dans les collectivités du Nord, les soins de santé sont habituellement prodigués dans des postes de soins infirmiers ou des centres de santé³⁰.

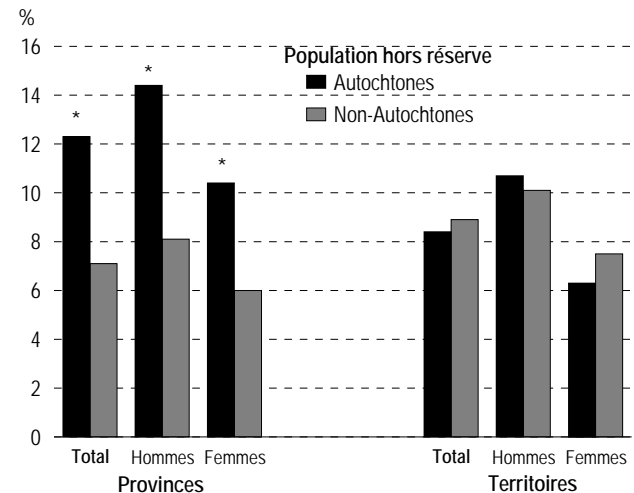
Les données sur les hospitalisations indiquent que les blessures subies par les Autochtones pourraient être plus graves que celles subies par les non-Autochtones. Tant dans les provinces que dans les territoires, les Autochtones qui ont demandé une aide médicale pour leurs blessures étaient plus susceptibles d'avoir été hospitalisés pour la nuit que leurs homologues non autochtones.

Limitation des activités due à une blessure

Les participants à l'ESCC se sont vu demander s'ils présentaient une limitation des activités qui avait persisté ou qui devrait persister six mois ou plus et qui avait été causée par une blessure (voir *Définitions*). Selon les cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'ESCC, 12 % des Autochtones vivant hors réserve dans les provinces (41 400 personnes en moyenne) ont déclaré une limitation des activités due à une blessure. Cette proportion est 1,7 fois plus élevée que celle de 7 % observée pour la population non autochtone des provinces. En outre, l'examen des limitations des activités dues à une blessure selon le sexe révèle un taux systématiquement plus élevé pour les Autochtones (graphique 3), comme en

Graphique 3

Pourcentage ayant déclaré une limitation des activités due à une blessure, selon le sexe et l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées

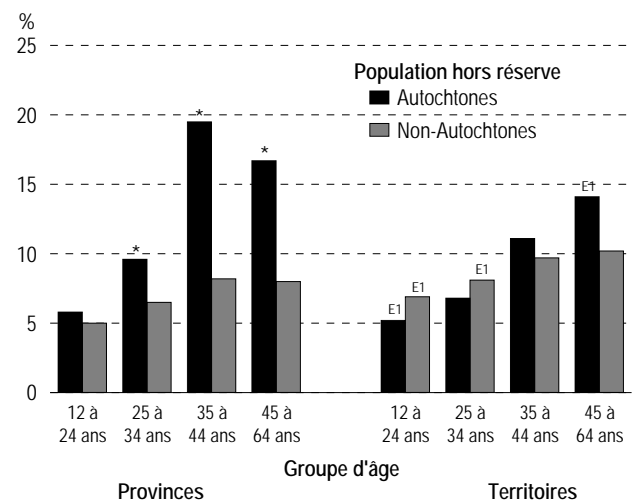


Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).

Graphique 4

Pourcentage ayant déclaré une limitation des activités due à une blessure, selon le groupe d'âge et l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

Blessures chez les enfants

D'après l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 2000-2001 (voir *Méthodologie*), environ 12 % des enfants autochtones de 11 ans et moins résidant hors réserve dans les provinces avaient subi, l'année dernière, une blessure suffisamment grave pour nécessiter des soins médicaux. Cette proportion est statistiquement semblable aux 10 % déclarés à l'endroit des enfants non autochtones résidant dans les provinces, comme en témoignent aussi les résultats d'une autre étude¹⁷.

Une plus forte proportion de garçons que de filles autochtones ont été blessés, soit 14 % contre 9 %. Pour les deux sexes confondus, 9 % des enfants de 4 ans et moins avaient subi une blessure l'année dernière, de même que 14 % des enfants de 5 à 11 ans. Quel que soit l'âge, la proportion des enfants autochtones ayant subi une blessure grave ne diffère pas significativement de la proportion des enfants non autochtones dans la même situation (données non présentées; le coefficient de variation de toutes les estimations pour les enfants autochtones est compris entre 16,6 % et 33,3 %). Comme l'échantillon de participants autochtones est petit, les écarts entre les estimations doivent être importants pour être considérés comme étant statistiquement significatifs (voir *Limites*).

L'ELNEJ comportait une question au sujet des blessures subies au cours des 12 derniers mois qui s'étaient avérées suffisamment graves pour exiger les soins d'un médecin, d'une infirmière ou d'un dentiste, comme par exemple une fracture, une coupure profonde, une brûlure grave, une blessure à la tête, un empoisonnement ou une entorse à la cheville.

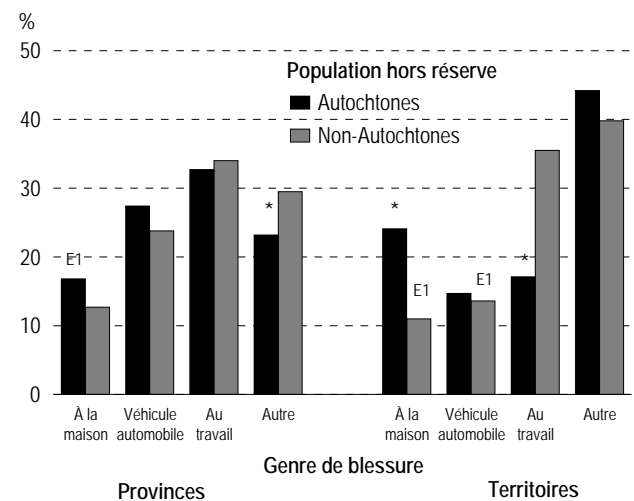
Pour déterminer quels enfants étaient autochtones, on s'est fondé sur la réponse (habituellement d'un des parents) à la question : « Comment décririez-vous le mieux sa race ou sa couleur? ». Dans le cadre de L'ELNEJ, les Indiens de l'Amérique du Nord, les Métis et les Inuits sont considérés comme étant autochtones.

témoignent certains travaux de recherche antérieurs³⁹. Dans les territoires, 8 % des Autochtones (environ 2 400 résidents) ont déclaré ce genre de blessure invalidante, taux statistiquement comparable à celui obtenu à l'endroit des résidents non autochtones. Qui plus est, les taux de limitation des activités due à une blessure ne diffèrent ni selon le sexe ni selon le groupe d'âge dans les territoires (graphiques 3 et 4).

En revanche, dans les provinces, l'écart entre les deux populations varie selon l'âge en ce qui a trait aux limitations des activités dues à une blessure, particulièrement dans le groupe des 35 à 64 ans. Le risque global de limitation des activités due à une blessure demeure plus élevé parmi la population autochtone si l'on tient compte de l'effet de l'âge, du sexe et des variables démographiques et socioéconomiques, ce qui indique que la différence entre les taux n'est pas attribuable à ces facteurs (données non présentées). Le modèle a été exécuté séparément pour chaque sexe et groupe d'âge, et des écarts entre les risques de limitation des activités due à une blessure ont été observés chez les deux sexes et parmi tous les groupes d'âge à compter de 35 ans et plus. Dans le groupe des 12 à 34 ans, aucun écart significatif n'existe entre les deux populations (données non présentées). L'application de la même technique d'analyse aux données sur les territoires n'a révélé aucun changement (données non présentées).

Graphique 5

Limitation des activités due à une blessure, selon l'endroit où s'est produite la blessure et l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

Dans les territoires, 24 % des limitations des activités dues à une blessure déclarées par la population autochtone avaient pour cause un accident survenu à la maison, proportion significativement plus forte que les 11 % observés pour les non-Autochtones. Les limitations des activités dues à une blessure causée par un accident survenu au travail étaient nettement plus courantes chez les non-Autochtones (graphique 5).

Mot de la fin

Au début des années 2000, l'écart entre les taux de blessure non mortelle observés chez les Autochtones et les non-Autochtones variait selon le sexe, l'âge et la région géographique. En ce qui concerne les blessures graves, l'écart entre les taux de blessure chez les populations autochtone et non autochtone est manifeste dans les provinces, mais non dans les territoires. Cependant, un examen plus approfondi des données révèle que la nature et les circonstances des blessures ne sont pas les mêmes pour les deux populations.

Comme l'indique le taux plus élevé de limitation des activités due à une blessure, les conséquences des blessures sont plus graves chez les Autochtones que les autres résidents des provinces. Plus précisément, le taux de limitation des activités due à une blessure est plus élevé chez la population autochtone des provinces, écart qui se manifeste après l'âge de 24 ans. Dans les territoires, l'impact des blessures est le même chez les Autochtones comme chez les non-Autochtones. Il ne s'agit cependant que d'une partie du tableau, car des études antérieures ont porté à conclure que, dans les territoires, la mortalité par blessure est plus forte chez les Autochtones que chez les autres résidents¹⁹.

Les taux plus élevés de blessure et de limitation des activités due à une blessure observés au sein de la population autochtone des provinces témoignent de la prévalence marquée des blessures parmi cette population et des conséquences qu'elles peuvent avoir, information qui pourrait être précieuse pour planifier les programmes de prévention des blessures. ●

Références

1. Statistique Canada, *Les principales causes de décès à différents âges, 1999*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2001 (Statistique Canada, n° 84-503 au catalogue).
2. The Hygeia Group, *The Economic Burden of Unintentional Injury in Canada*, Toronto, Smart Risk Foundation, 1998.
3. Santé Canada, *Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles : 1990-1999*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001 (n° H35-4/8-1999 au catalogue).
4. F. Trovato, « Canadian Indian mortality during the 1980's », *Social Biology*, 47(1-2), 2000, p. 135-145.
5. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.M. Berthelot, « Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone », *Rapports sur la santé*, 15(1), 2004, p. 55-66 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. Institut de la santé des Autochtones, *Appel de demandes : Blessures et accidents*, Ottawa, Institut de recherche en santé du Canada, 2003.
7. Santé Canada, *Profil statistique de la santé des premières nations au Canada*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003.
8. British Columbia Vital Statistics Agency, *Regional Analysis of Health Statistics for Status Indians in British Columbia 1991-1999. Birth Related and Mortality Summaries for British Columbia and 20 Health Regions*, Victoria, Colombie-Britannique, gouvernement de la Colombie-Britannique, 2001.
9. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : Aperçu du matériel d'enquête pour la collecte des données de 2000-2001, Cycle 4*, Ottawa, 2004 (Statistique Canada, n° 89F0078 au catalogue).
11. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
12. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
13. Statistique Canada, *Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 – premiers résultats, bien-être de la population autochtone vivant hors réserve : un profil démographique*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2003 (Statistique Canada, n° 86-589 au catalogue).

14. T.K. Young, « Review of research on aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs », *British Medical Journal*, 327, 2003, p. 419-422.
15. A.M. Auer et R. Andersson, « Canadian Aboriginal communities: a framework for injury surveillance », *Health Promotion International*, 16(2), 2001, p. 169-177.
16. P. Martens, R. Bond, L. Jebamani *et al.*, *The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A Population-Based Study*, Winnipeg, Manitoba, Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba, 2002.
17. Statistique Canada, *Un portrait des enfants autochtones vivant hors réserve : résultats de l'Enquête auprès de peuples autochtones de 2001*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2004 (Statistique Canada, n° 89-597 au catalogue).
18. M. Tjepkema, « La santé des Autochtones vivant hors réserve », *Rapports sur la santé*, 13(supplément), 2002, p. 81-97 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
19. D. Mo, « Injury mortality risk assessment and targeting the subpopulations for prevention in the Northwest Territories, Canada », *International Journal of Circumpolar Health*, 60(3), 2001, p. 391-399.
20. Gouvernement de l'Ontario, 2002 *Chief Medical Officer of Health Report. Injury: Predictable and Preventable*, disponible à : www.gov.on.ca/health.
21. P. Barss, G.S. Smith, S. Baker *et al.*, « Determinants of injury », *Injury Prevention: An International Perspective. Epidemiology, Surveillance, and Policy*, New York, Oxford University Press, 1998, p. 75-101.
22. E. Plugge, S. Stewart-Brown, M. Knight *et al.*, « Injury morbidity in 18-64 year-olds: impact and risk factors », *Journal of Public Health Medicine*, 24(1), 2002, p. 27-33.
23. L.L. Jackson, « Non-fatal occupational injuries and illnesses treated in hospital emergency departments in the United States », *Injury Prevention*, 7(supplément I), 2001, p. 21-26.
24. W.J. Millar, « Les accidents au Canada, 1988 et 1993 », *Rapports sur la santé*, 7(2), 1995, p. 7-17 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
25. K. Wilkins, « Blessures », *Rapports sur la santé*, 15(3), 2004, p. 47-52 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
26. Statistique Canada, « Hospitalisation due aux traumatismes », *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, 1999*, p. 243-245 (Statistique Canada, n° 82-570 au catalogue).
27. W.K. Mummery, J.C. Spence, J.A. Vincenten *et al.*, « A descriptive epidemiology of sport and recreation injuries in a population-based sample: Results from the Alberta Sport and Recreation Injury Survey (ASRIS) », *La revue canadienne de santé publique*, 89(1), 1998, p. 53-56.
28. C. Cubbin, F.B. LeClere, G.S. Smith, « Socioeconomic status and the occurrence of fatal and nonfatal injury in the United States », *American Journal of Public Health*, 90(1), 2000, p. 70-77.
29. C. Cubbin et G.S. Smith, « Socioeconomic inequalities in injury: Critical issues in design and analysis », *Annual Review of Public Health*, 23, 2002, p. 349-375.
30. B. Diverty et C. Pérez, « La santé des résidents du Nord », *Rapports sur la santé*, 9(4), 1998, p. 51-61 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
31. R.B. Warnecke, T.P. Johnson, N. Chávez *et al.*, « Improving question wording in surveys of culturally diverse populations », *Annals of Epidemiology*, 7(5), 1997, p. 334-342.
32. S.A. Reijneveld, « The cross-cultural validity of self-reported use of health care: a comparison of survey and registration data », *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(3), 2000, p. 267-272.
33. R.J. Pasick, S.L. Stewart, J.A. Bird *et al.*, « Quality of data in multiethnic health surveys », *Public Health Reports*, 116(supplément 1), 2001, p. 223-243.
34. K. Peng, R.E. Nisbett et N.Y.C. Wong, « Validity problems comparing values across cultures and possible solutions », *Psychological Methods*, 2(4), 1997, p. 329-344.
35. S. Noh, M. Speechley, V. Kaspar *et al.*, « Depression in Korean immigrants in Canada: I Method of the study and prevalence of depression », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(9), 1992, p. 573-577.
36. N.R. McKenney et C.E. Bennett, « Issues regarding data on race and ethnicity: the Census Bureau experience », *Public Health Reports*, 109(1), 1994, p. 16-25.
37. E. Guimond, « Changing ethnicity: The concept of ethnic drifters », *Aboriginal Conditions: Research Foundations for Public Policy*, publié sous la direction de J. White, P. Maxim et D. Beavon, Vancouver, University of British Columbia Press, 2003.
38. K. Wilson et M.W. Rosenberg, « Exploring the determinants of health for First Nations peoples in Canada: can existing frameworks accommodate traditional activities? », *Social Science and Medicine*, 55(11), 2002, p. 2017-2031.
39. E. Ng, « L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991 », *Rapports sur la santé*, 8(1), 1996, p. 25-33 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Annexe

Tableau A

Répartition de certaines caractéristiques, population à domicile autochtone hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées

	Provinces						Territoires		
	Hommes			Femmes			Les deux sexes		
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%		milliers	%		milliers	%
Total	2 328	319	100,0	3 022	360	100,0	2 014	57	100,0
Blessure									
Oui	515	73	22,9	482	61	16,9	255	7	12,3
Non	1 812	246	77,1	2 539	299	83,0	1 758	50	87,7
Données manquantes	1	F	F	1	F	F	1	F	F
Limitation des activités due à une blessure									
Oui	305	46	14,3	270	37	10,3	155	5	8,3
Non	2 008	272	85,1	2 716	320	89,1	1 847	52	91,1
Données manquantes	15	F	F	36	2 ^{E1}	0,6 ^{E1}	12	F	0,5 ^{E2}
Groupe d'âge									
12 à 19 ans	604	67	21,0	602	68	18,9	539	15	25,7
20 à 24 ans	200	37	11,6	332	41	11,5	220	7	12,7
25 à 34 ans	475	68	21,4	753	84	23,5	487	13	22,8
35 à 44 ans	436	67	20,9	600	84	23,2	402	12	21,1
45 à 64 ans	613	80	25,1	735	82	22,9	366	10	17,6
Résidence									
Région urbaine	1 529	240	75,3	2 082	280	78,0	744	21	36,5
Région rurale	799	79	24,7	940	79	22,0	1 270	36	63,5
État matrimonial (25 à 64 ans)									
Marié(e)/union libre	880	139	64,5	1 027	143	57,0	698	23	64,4
Marié(e) antérieurement	239	25	11,6	479	49	19,7	159	3	9,3
Jamais marié(e)	401	50	23,3	576	58	23,1	395	9	26,1
Données manquantes	4	F	F	6	F	F	3	F	F
Niveau de scolarité (25 à 64 ans)									
Pas de diplôme d'études secondaires	526	69	32,3	667	71	28,6	636	18	50,0
Diplôme d'études secondaires	250	38	17,5	310	40	15,9	91	3	7,4
Études postsecondaires partielles	137	20	9,4	241	32	12,9	85	2	6,2
Diplôme d'études postsecondaires	559	81	37,5	825	101	40,2	422	12	34,3
Données manquantes	52	7 ^{E1}	3,3 ^{E1}	45	6 ^{E2}	2,5 ^{E2}	21	F	2,1 ^{E1}
Situation quant à l'emploi (25 à 64 ans)									
A travaillé toute l'année précédente	758	116	53,8	828	96	38,6	594	17	48,5
A travaillé une partie de l'année précédente	426	55	25,7	488	64	25,6	402	12	32,9
N'a pas travaillé l'année précédente	301	40	18,4	727	85	34,0	241	6	17,0
Données manquantes	39	4 ^{E2}	2,0 ^{E2}	45	5 ^{E2}	1,8 ^{E2}	18	F	1,6 ^{E1}
Revenu du ménage									
Inférieur	208	22	6,8	328	30	8,3	267	7	12,0
Moyen-inférieur	287	40	12,7	618	62	17,3	331	9	16,1
Moyen	487	71	22,3	690	82	22,7	446	13	23,1
Moyen-supérieur	620	86	26,8	620	86	23,9	404	11	18,6
Supérieur	382	57	17,8	321	48	13,4	332	11	18,4
Non déclaré	344	44	13,7	445	52	14,4	234	7	11,8
Activité durant les loisirs									
Actif(ve)	1 315	172	54,0	1 496	176	48,8	869	26	45,8
Inactif(ve)	856	120	37,7	1 434	170	47,3	999	27	46,5
Données manquantes	157	27	8,4	92	14	3,9	146	4	7,7

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. En outre, la population estimée serait environ le double de la population canadienne, parce que les données de deux cycles ont été combinées.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ou taille de l'échantillon inférieure à 10.

Tableau B

Répartition de certaines caractéristiques, population à domicile non autochtone hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées

	Provinces						Territoires		
	Hommes			Femmes			Les deux sexes		
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%		milliers	%		milliers	%
Total	95 114	21 684	100,0	104 650	21 573	100,0	2 690	82	100,0
Blessure									
Oui	16 332	3 609	16,6	12 752	2 486	11,5	388	12	14,3
Non	78 749	18 075	83,3	91 861	19 078	88,4	2 302	70	85,7
Données manquantes	33	F	F	37	9 ^{E1}	0,0 ^{E1}			
Limitation des activités due à une blessure									
Oui	8 351	1 746	8,0	6 671	1 289	6,0	222	7	8,9
Non	86 363	19 863	91,6	97 414	20 171	93,5	2 456	74	90,8
Données manquantes	400	84	0,4	565	113	0,5	12	F	F
Groupe d'âge									
12 à 19 ans	17 055	3 228	14,9	16 598	3 065	14,2	341	11	13,5
20 à 24 ans	6 036	2 101	9,7	7 176	2 018	9,4	178	7	8,4
25 à 34 ans	16 175	3 994	18,4	18 993	3 975	18,4	591	17	20,8
35 à 44 ans	21 298	5 139	23,7	22 480	5 093	23,6	651	21	25,2
45 à 64 ans	34 550	7 230	33,3	39 403	7 422	34,4	929	26	32,1
Résidence									
Région urbaine	69 610	17 603	81,1	78 338	17 698	82,0	2 006	62	75,8
Région rurale	25 504	4 090	18,9	26 312	3 874	18,0	684	20	24,2
État matrimonial (25 à 64 ans)									
Marié(e)/union libre	48 168	12 116	74,0	53 582	12 100	73,4	1 315	46	72,3
Marié(e) antérieurement	8 998	1 288	7,9	15 108	2 188	13,3	310	6	9,5
Jamais marié(e)	14 759	2 946	18,0	12 040	2 180	13,2	539	11	17,9
Données manquantes	98	15	0,1	146	23	0,1	7	F	F
Niveau de scolarité (25 à 64 ans)									
Pas de diplôme d'études secondaires	13 686	2 605	15,9	13 559	2 475	15,0	244	7	11,0
Diplôme d'études secondaires	13 089	2 956	18,1	16 338	3 404	20,6	287	9	14,1
Études postsecondaires partielles	4 644	1 054	6,4	5 577	1 106	6,7	136	4	6,0
Diplôme d'études postsecondaires	39 510	9 462	57,8	44 492	9 289	56,3	1 472	43	66,7
Données manquantes	1 094	286	1,7	910	216	1,3	32	1 ^{E1}	2,2 ^{E1}
Situation quant à l'emploi (25 à 64 ans)									
A travaillé toute l'année précédente	48 031	11 440	69,9	43 569	9 168	55,6	1 495	44	68,5
A travaillé une partie de l'année précédente	14 593	3 121	19,1	16 670	3 413	20,7	502	15	23,4
N'a pas travaillé l'année précédente	8 764	1 660	10,1	19 907	3 765	22,8	157	5	7,2
Données manquantes	635	143	0,9	730	145	0,9	17	F	0,8 ^{E2}
Revenu du ménage									
Inférieur	3 282	580	2,7	4 592	707	3,3	71	2	2,7
Moyen-inférieur	4 466	923	4,3	7 665	1 315	6,1	95	3	3,1
Moyen	15 290	3 343	15,4	19 740	3 737	17,3	271	8	10,2
Moyen-supérieur	31 769	6 811	31,4	33 705	6 748	31,3	626	18	21,7
Supérieur	30 407	7 763	35,8	26 180	6 409	29,7	1 373	42	51,7
Non déclaré	9 900	2 273	10,5	12 768	2 657	12,3	254	9	10,6
Activité durant les loisirs									
Actif(ve)	49 037	10 839	50,0	51 285	10 029	46,5	1 415	43	53,1
Inactif(ve)	40 564	9 459	43,6	50 841	10 823	50,2	1 139	33	40,5
Données manquantes	5 513	1 395	6,4	2 524	720	3,3	136	5	6,5

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. En outre, la population estimée serait environ le double de la population canadienne, parce que les données de deux cycles ont été combinées.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ou taille de l'échantillon inférieure à 10.