



ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC - 2008

Chapitre 13 Blessures non intentionnelles



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

Rédacteurs de la CSSSPNQL (Chapitres rédigés)

Hélène Bagirishya (Services à la petite enfance / Accès aux soins de santé et satisfaction des services)

Marie-Noëlle Caron (Alcool, drogues et jeux de hasard)

Mathieu-Olivier Côté (Logement / Migration)

Cheick Bamba Dieye Gueye (Blessures non intentionnelles / Soins de santé préventifs)

Émilie Grantham (Caractéristiques sociodémographiques / Alimentation et activité physique)

Zineb Laghdir (Tabagisme / Santé sexuelle)

Patricia Montambault (Bien-être personnel / Bien-être communautaire)

Marie-Claude Raymond (Soins dentaires / Soins et services à domicile)

Rédacteurs externes (Chapitres rédigés)

Yvonne Boyer, Kurtis Boyer, Erin Fletcher (Pensionnats indiens)

Bernard Roy (État de santé / Diabète)

Comité de révision des chapitres de l'ERS

Mathieu-Olivier Côté, CSSSPNQL

Nancy Gros-Louis McHugh, CSSSPNQL

André Simpson, INSPQ

Comité consultatif

Alex Sonny Diabo, Communauté de Kahnawake

Mathieu Joffre Lainé, RCAAQ

Peggy Mayo, Communauté de Kahnawake

Arden McBride, Communauté de Timiskaming

Jowan Philippe, Communauté de Mashteuiatsh

Serge Rock, Réseau Jeunesse des Premières Nations - APNQL

Sonia Young, Communauté de Wolf Lake

Graphisme et mise en page

Chantal Cleary et Patricia Mathias

Remerciements

Nous remercions les personnes qui ont permis de dresser ce portrait de l'état de santé des Premières Nations du Québec, particulièrement tous les répondants des communautés Premières Nations participantes. Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé à chacune des étapes de l'enquête et à leur réalisation.

Document également disponible en anglais sous le titre : *Quebec First Nations Regional Health Survey – 2008 - Unintentional injuries*.

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

ISBN : 978-1-926553-73-3

© CSSSPNQL (Février 2013)

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Historique

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) est l'enquête pionnière en matière de recherche par et pour les Premières Nations. Réalisée intégralement par les Premières Nations, elle est un modèle d'innovation en ce qui a trait à l'implication des communautés dans le processus, l'éthique et l'adaptation culturelle de la recherche.

L'ERS est la première recherche entièrement réalisée dans le respect des principes de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP). Ces principes visent à assurer une implication intégrale des communautés des Premières Nations dans toutes les étapes de la recherche.

La gouvernance et la coordination de l'ERS sont assurées par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) au plan national, et par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) au Québec.

Cette deuxième vague de l'ERS a été précédée par celle de 2002 (première vague), ainsi que par un projet pilote (1997). Depuis maintenant 15 ans, les données de l'ERS contribuent à supporter les décideurs et les intervenants tout en contribuant à étoffer les connaissances sur la situation socio sanitaire des Premières Nations. Nous prévoyons réaliser encore deux phases subséquentes à celle-ci, soit la phase 3 en 2013 et la phase 4 en 2016.

1997	2002	2008	2013	2016
Projet pilote de l'ERS	Phase 1 de l'ERS Complétée	Phase 2 de l'ERS Complétée	Phase 3 de l'ERS	Phase 4 de l'ERS

Questionnaire

Trois questionnaires distincts ont été créés pour trois groupes d'âge différents (enfants, adolescents, adultes). Ces questionnaires étaient administrés en personne par 63 intervieweurs des Premières Nations formés à cette fin. Afin de prévenir les risques d'erreur, la saisie des informations était réalisée par les intervieweurs lors de l'entrevue à l'aide d'ordinateurs portables. Dans le cas des enfants de moins de 12 ans, le questionnaire était administré au parent ou au tuteur. Le tableau suivant résume les thématiques abordées selon le groupe d'âge.

Thématiques abordées dans les questionnaires de l'ERS 2008

Thématiques	Enfants	Adolescents	Adultes
Vaccination	✓		
Garderie	✓		✓
Caractéristiques démographiques	✓	✓	✓
Caractéristiques du ménage	✓	✓	✓
Éducation	✓	✓	✓
Langue et culture	✓	✓	✓
Maladies chroniques	✓	✓	✓
Blessures	✓	✓	✓
Soins dentaires	✓	✓	✓
Diabète	✓	✓	✓
Activité physique	✓	✓	✓
Nutrition et aliments traditionnels	✓	✓	✓
Pensionnats	✓	✓	✓
Santé mentale		✓	✓
Bien-être communautaire		✓	✓
Tabagisme		✓	✓
Alcool et drogues		✓	✓
Santé sexuelle		✓	✓
Accès aux soins de santé		✓	✓
Médecine traditionnelle		✓	✓
Soins de santé préventifs			✓
Logement			✓
Aidants naturels			✓
Dépression			✓
Migration			✓
Emploi et revenu			✓
Jeux de hasard			✓
Sécurité alimentaire			✓
Soins à domicile et limitations			✓
Violence			✓
Indice de l'état de santé			✓

Un total de 2691 entrevues individuelles ont été réalisées (87,3 % de l'échantillon prévu initialement).

0-11 ans : 727 répondants (94,4 % de l'échantillon prévu initialement).

12-17 ans : 600 répondants (77,9 % de l'échantillon prévu initialement).

18 ans et plus : 1364 répondants (88,6 % de l'échantillon prévu initialement).

Période de collecte de données

La collecte de données s'est déroulée de septembre 2008 à février 2010 dans les 21 communautés sélectionnées dans la région du Québec.

Échantillonnage

L'ERS a été réalisée à l'aide d'un échantillon stratifié à deux degrés.

Premier degré : Classification des communautés de chaque nation selon leur taille dans l'une des trois strates suivantes : petite (entre 75 et 299 habitants); moyenne (entre 300 et 1499 habitants); grande (1500 habitants et plus). Les communautés devaient compter plus de 75 habitants pour être retenues. Une sélection aléatoire des communautés a ensuite été réalisée dans chacune des strates. Dans le but d'augmenter la puissance statistique, les communautés de grandes tailles ont toutes été invitées à participer à l'ERS. Dans l'éventualité où pour une nation, une strate ne comptait qu'une seule communauté, cette dernière était automatiquement invitée à participer à l'enquête.

Deuxième degré : Répartition de la population des communautés sélectionnées selon huit strates établies en fonction de l'âge et du sexe :

Strate 1 : 0-11 ans/masculin.

Strate 2 : 0-11 ans/féminin.

Strate 3 : 12-17 ans/masculin.

Strate 4 : 12-17 ans/féminin.

Strate 5 : 18-54 ans/masculin.

Strate 6 : 18-54 ans/féminin.

Strate 7 : 55 ans+/masculin.

Strate 8 : 55 ans+/féminin.

Sélection aléatoire des individus dans chacune des strates. Cette sélection est réalisée à l'aide de la liste de bande de chacune des communautés participantes.

Le nombre de répondants dans l'échantillon était suffisant pour permettre de vérifier la signification statistique des résultats observés. Comme on peut le lire dans les chapitres de l'enquête, pour la plus grande part des résultats observés, on peut généraliser le résultat observé dans l'échantillon à l'ensemble de la population avec un risque d'erreur inférieur à 5 %, ou selon le cas, inférieur à 1%.

Communautés participantes à l'ERS 2008

Nation (8)	Taille	Communauté (21)	Échantillon	Population	% de la pop. interrogée
Abénakis	Moyenne	Odanak	50	309	16,2 %
Algonquins	Grande	Kitigan Zibi	122	1535	7,9 %
		Lac Simon	174	1403	12,4 %
	Moyenne	Pikogan	95	567	16,8 %
		Timiskaming	86	604	14,2 %
		Eagle Village	55	261	21,1 %
Atikamekw	Grande	Manawan	167	2122	7,9 %
		Opitciwan	183	2117	8,6 %
	Moyenne	Wemotaci	118	1307	9,0 %
Hurons-Wendat	Moyenne	Wendake	111	1332	8,3 %
Innus	Grande	Betsiamites	252	2848	8,8 %
		Mashteuiatsh	183	2022	9,1 %
		Uashat Mak Mani-Utenam	246	3080	8,0 %
	Moyenne	Matimekush-Lac John	87	729	11,9 %
		Natashquan	128	916	14,0 %
		Pakua Shipi	50	314	15,9 %
		Unamen Shipu	96	1016	9,4 %
	Petite	Essipit	38	177	21,5 %
Mi'gmaq	Grande	Listuguj	220	2000	11,0 %
	Moyenne	Gesgapegiag	72	608	11,8 %
Mohawks	Moyenne	Kanesatake	94	1328	7,1 %
Naskapis	Moyenne	Kawawachikamach	64	614	10,4 %
Total			2691	27209	9,9 %

Pondération

Toutes les données exposées dans l'ERS ont été pondérées afin d'illustrer une estimation de la population totale des Premières Nations du Québec vivant dans les communautés.

Limite de représentativité de la nation Mohawk

Bien que la nation Mohawk au Québec soit composée de Kahnawake, Kanesatake et une portion d'Akwesasne, la seule communauté à avoir participé à l'ERS est Kanesatake. D'une part, la communauté d'Akwesasne a été exclue du plan d'échantillonnage de la région du Québec car la majorité de ses habitants vivent du côté ontarien de la frontière provinciale. D'autre part, la communauté de Kahnawake, où habite la majorité des Mohawks du Québec, a préféré ne pas participer à l'ERS. Pour ces raisons, il est impossible de produire des estimations qui puissent être appliqués à l'ensemble de la nation Mohawk au Québec.

Zone géographique

Certaines des données de l'ERS sont présentées selon la zone géographique. Cette dernière fait référence au degré d'isolement des communautés des répondants. Cette mesure de l'isolement géographique est basée sur un système de zones élaboré par Affaire autochtones et développement du Nord Canada (AADNC).

Zone 1 : La communauté est située à moins de 50 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 2 : La communauté est située entre 50 et 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 3 : La communauté est située à plus de 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 4 : La communauté n'a pas de route d'accès ouverte reliée à l'année longue à un centre de service

Centre de services : La localité la plus proche où les membres de la communauté doivent se rendre pour avoir accès aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

FAITS SAILLANTS

- Parmi les répondants, 14,6 % ont déclaré avoir subi des blessures au cours des 12 mois précédant l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008* (ERS 2008). Cette proportion n'est toutefois pas comparable avec le résultat de l'enquête de 2002 parce que la formulation des questions diffère selon l'enquête.
- Les adolescents âgés de 12 à 14 ans présentent une proportion légèrement plus élevée de blessures (28,0 %) au cours des 12 mois précédant l'enquête comparativement à ceux âgés de 15 à 17 ans avec 24,3 %. La différence n'est toutefois pas statistiquement significative.
- Chez les adultes, les proportions de blessures subies au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête diminuent significativement selon l'âge ($p < 0,0001$), soit respectivement : 19,1 % chez les jeunes adultes (âgés de 18 à 34 ans), 12,5 % chez les 35 à 54 ans, 8,2 % chez les 55 à 64 ans et 5,6 % chez les 65 ans et plus.
- Les aînés (5,6 % ; IC : 1,5 % - 9,7 %) semblent être les moins touchés par les blessures durant les 12 mois précédant l'enquête comparativement aux autres groupes d'âge.
- Parmi les répondants des Premières Nations du Québec, les blessures affectent environ deux fois plus d'hommes que de femmes (19,2 % contre 9,9 %). Au sein de tous les groupes d'âges, les hommes subissent plus de blessures que les femmes à l'exception des aînés où 8,3 % des femmes se sont blessées contre 2,7 % des hommes. Le fait de subir une blessure est significativement différent selon le sexe (chez les enfants ($p = 0,01$); chez les adolescents ($p = 0,02$); chez les adultes ($p < 0,001$)).
- Les coupures, égratignures, ou ecchymoses représentent les types de blessures les plus fréquemment rencontrés chez les enfants (51,0 %), adolescents (38,1 %) et adultes (36,2 %) des Premières Nations, suivi des entorses majeures soit 33,5 % chez les adultes, 35,2 % chez les adolescents et 13,5 % chez les enfants, puis des fractures avec environ 28,0 % dans tous les groupes d'âge.
- Parmi les causes de blessures chez les Premières Nations du Québec, les chutes représentent les plus grandes proportions. Elles étaient à l'origine de 36,5 % des blessures chez les adultes, 44,3 % chez les adolescents et 54,1 % chez les enfants. Selon le groupe d'âge, les blessures par chutes diminuent significativement chez les 35 ans et plus ($p < 0,0001$).
- La plupart des blessures surviennent à la maison, dans la rue, dans la forêt, à l'école et sur les terrains de sports.
- Les activités sportives ou l'exercice physique ainsi que les activités de loisirs sont les plus fréquemment liées à la survenue des blessures chez les Premières Nations du Québec. Chez les adultes, on observe une diminution significative selon l'âge de la fréquence des blessures liées aux activités physiques¹ ($p < 0,0001$) et aux activités de loisirs² ($p < 0,0004$). Chez les enfants, les blessures liées aux activités physiques varient significativement selon le groupe d'âge ($p < 0,04$).

¹ Selon l'OMS : « On entend par activité physique tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique ». [En ligne], adresse URL : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/index.html>

² Selon l'OMS : « les activités de loisirs ou récréatives englobent la marche, le vélo, le jeu, etc. ». [En ligne], adresse URL : http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/



LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASPC : Agence de santé publique du Canada

CSSSPNQL : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

ERS : Enquête régionale sur la santé des Premières Nations

ESCC : Enquête sur la santé des collectivités canadiennes

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

NHS : National Health Services Scotland

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
1. Blessures non intentionnelles chez les Premières Nations	15
1.1 État de situation.....	15
1.2 Description des blessures	20
1.2.1 Types de blessures.....	20
1.2.2 Causes des blessures.....	21
1.2.3 Lieu de survenue des blessures	24
1.2.4 Activités liées à la survenue des blessures	28
1.3 Recours aux services de santé.....	28
1.4 Consommation d'alcool ou de drogues et survenue de blessures.....	29
DISCUSSION	31
CONCLUSION	35
ANNEXE	37
BIBLIOGRAPHIE.....	39

Liste des tableaux

Tableau 1 : Nombres et pourcentages de personnes ayant subi des blessures au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble des Premières Nations du Québec	15
Tableau 2 : Nombres et pourcentages des types de blessures les plus fréquents parmi les blessés, population adulte, adolescente et enfant.....	21
Tableau 3 : Nombres et pourcentages des causes de blessures les plus fréquentes parmi les blessés, population adulte, adolescente et enfant.....	22
Tableau 4 : Nombres et pourcentages des blessures selon le lieu de survenue, population de blessés, adulte, adolescente et enfant.....	25
Tableau 5 : Nombres et pourcentages des blessures selon l'activité liée à la survenue, population de blessés, adulte, adolescente et enfant.....	26
Tableau 6 : Nombres et pourcentages de services recourus, population de blessés, adulte, adolescente et enfants	29



Liste des figures

Figure 1 : Proportion de blessures selon la nation, population adulte, adolescente et enfant	18
Figure 2 : Proportion de blessures selon le revenu du ménage, population adulte.....	19
Figure 3 : Proportion de blessures selon le niveau de scolarité, population adolescente et adulte	20
Figure 4 : Proportion de blessures causées par des chutes selon le groupe d'âge, population adulte, adolescente, enfant ...	23
Figure 5 : Proportion de blessures causées par des chutes selon la zone d'isolement géographique, population adulte	24
Figure 6 : Proportion de blessures selon le besoin de réparations de la maison, population adulte.....	25
Figure 7 : Proportion de blessures selon l'activité liée à la survenue, par groupe d'âge, population adulte, adolescente et enfant.....	27
Figure 8 : Pourcentage de différents types de substances prises qui ont eu une influence dans la survenue des blessures, population adulte et adolescente.....	30

INTRODUCTION

*« Les blessures non intentionnelles ou accidentelles surviennent sans qu'il y ait intention de blesser, que ce soit de la part de la victime ou d'une autre personne »
(Santé Canada, 2001).*

Les blessures peuvent survenir dans n'importe quel groupe d'âge, mais les enfants et les personnes âgées sont généralement les plus vulnérables. Les termes « blessures involontaires » ou « lésions traumatiques accidentelles » sont aussi souvent utilisés dans la littérature, bien qu'actuellement, le terme « blessures non intentionnelles » soit préféré au terme « accidents » puisqu'une bonne partie de ces blessures est désormais considérée comme évitable. Les blessures involontaires se produisent généralement à la maison, au travail, dans le sport et les loisirs, sur les routes et à l'école (NHS, 2010).


Selon l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), les blessures non intentionnelles représentent la principale cause de décès chez les hommes et les femmes âgés de un à 34 ans (ASPC, 2005).

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) estime que sur l'ensemble des décès survenus chez les enfants et jeunes âgés de un à 18 ans, 60 % sont attribués à des blessures non intentionnelles (INSPQ, 2009).

Chez les peuples autochtones du Canada, la nature des blessures non intentionnelles est similaire à celle observée dans l'ensemble de la population canadienne. Elles sont cependant plus fréquentes chez les Autochtones (Santé Canada, 2001). Selon Santé Canada, les risques de décès par suite d'une blessure non intentionnelle sont 6,5 fois plus élevés chez les peuples des Premières Nations du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique que la moyenne canadienne (Santé Canada, 2001).

Chez les Premières Nations, les blessures non intentionnelles sont considérées comme un problème de santé majeure. Elles représentent environ le quart de tous les décès et plus de la moitié des années potentielles de vie perdues³. Dans certains cas, les taux de décès attribués à ces blessures sont de trois à six fois supérieurs à la moyenne canadienne (Santé Canada, 2001). Les blessures accidentelles représentent la deuxième principale cause de mortalité après les maladies du système respiratoire avec 105 décès pour 100 000 personnes (Santé Canada, 2001). Selon les résultats de l'ERS de 2002, 28,8 % des adultes, 49,5 % des adolescents et 17,5 % des enfants ont été victimes de blessures involontaires au cours des 12 derniers mois (Assemblée des Premières Nations, 2007).

³ Les années potentielles de vie perdues mesurent la différence entre la durée prévisible d'une vie humaine et la durée réelle de cette vie. C'est une mesure composite du nombre de personnes décédées d'une cause particulière ainsi que du caractère prématuré des décès (Santé Canada, 2001).



Les taux de décès par blessures ont connu une certaine amélioration au cours des années. En effet, le taux brut de décès par lésion traumatique ou accidentelle est passé de 243 décès pour 100 000 habitants pour la période de 1979 à 1981 à 154 décès pour 100 000 habitants pour la période de 1991 à 1993, soit une diminution proportionnelle de 37 %. Cette variation est en partie expliquée par une diminution du nombre d'accidents de véhicule à moteur et de noyades. La fréquence des décès dus aux incendies (ou feux)⁴ chez les Premières Nations est plus élevée que la moyenne canadienne. Il en est de même pour les chutes (qui surviennent surtout chez les personnes âgées). Ces blessures font aussi partie des motifs d'hospitalisation les plus courants (Santé Canada, 2001).

Les blessures ont des conséquences sur l'état de santé et le bien-être des personnes victimes. Dans certaines circonstances, elles peuvent entraîner une invalidité ou une limitation des activités et leur incidence sur le plan économique (diminution ou perte de revenu, fardeau pour la société) et sociale (détresse psychologique, abus d'alcool...) est importante. Un certain nombre de facteurs semblent être liés à la fréquence de survenue des blessures non intentionnelles notamment, le statut socioéconomique (niveau d'éducation, revenu), l'environnement (éloignement, état du logement) ou les habitudes de vie (consommation d'alcool ou de drogue).

La problématique des blessures au sein de leur population a poussé certaines communautés et organisations des Premières Nations de la région du Québec à prendre des mesures visant à prévenir la survenue de ces dernières. En effet, la prévention des blessures intentionnelles ou non est une priorité du Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017. Remédier aux disparités... Accélérer le changement (CSSSPNQL, 2007).

Ce chapitre présente l'information recueillie par l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008 (ERS 2008) sur les différents types de blessures non intentionnelles ainsi que sur leurs causes. Il vise à dresser un portrait des blessures, effectuer si possible des comparaisons avec d'autres populations (canadienne, québécoise ou Premières Nations du Canada), et comparer les fréquences des blessures entre l'enquête régional sur la santé de 2002 et celle de 2008 et leur signification statistique afin de favoriser une prise de décision éclairée en matière de prévention des blessures.

⁴ Selon le dictionnaire « mediadico » : le feu est un dégagement de chaleur et de lumière par la combustion des corps dits combustibles. L'incendie est un important feu causant des dégâts.

1. BLESSURES NON INTENTIONNELLES CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS

1.1 État de situation

Ensemble des Premières Nations du Québec

Selon les résultats de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec de 2008* (ERS 2008), 14,6 % des répondants ont déclaré avoir subi des blessures au cours des 12 derniers mois (Tableau 1).

Les résultats de l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002* (ERS 2002), suggèrent que 22 % de la population adulte des Premières Nations avait subi des blessures au cours des 12 mois précédant cette enquête (CSSSPNQL, 2006). Cette variation des proportions de blessures dans les deux enquêtes est due à une différence dans les questions posées. En effet, la question portant sur les blessures dans l'enquête de 2002 concerne le nombre de blessures (selon le type) alors que celle de 2008 met l'emphase sur le nombre de personnes ayant subi au moins une blessure au cours de la dernière année.


Tableau 1 : Nombres et pourcentages de personnes ayant subi des blessures au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble des Premières Nations du Québec (N = 28762)*

	Total		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
Total	4 195	14,6	2 784	19,2†	1 411	9,9†
0-5 ans	274	11,2	182	14,4	92	7,8
6-11 ans	393	10,4	247	12,6	146	8,0
12-14 ans	394	28,0	226	31,2	168	24,6
15-17 ans	531	24,3	332	28,8	199	19,2
18-34 ans	1 304	19,1+	1 074	32,3	230	6,6
35-54 ans	1 020	12,5+	586	13,9	434	11,1
55-64 ans	187	8,2+	116	10,8	71	5,6
65 ans et plus	92	5,6+	21	2,7	71	8,3

* Les effectifs ont été arrondis pour les besoins de calcul. L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans ce tableau.

+ Différence significative des proportions de blessures selon le groupe d'âge chez les adultes ($p < 0,0001$).

† Différence significative des proportions de blessures selon le sexe chez les enfants ($p = 0,01$); les adolescents ($p = 0,02$) et les adultes ($p < 0,0001$).



Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)⁵ de 2009-2010, mentionnent que 15 % de la population canadienne de 12 ans et plus⁶ à domicile ont subi au moins une blessure ayant limité l'activité normale au cours des 12 mois précédant l'enquête (Statistique Canada, 2009-2010) soit une augmentation proportionnelle de 15,4 % par rapport à la proportion de 2001 qui se situait autour de 13,0 %.

Dans l'ensemble de la province du Québec, 14,0 % de la population de 12 ans et plus ont été victimes de blessures (Statistique Canada, 2009-2010), contrairement aux données de 2003 où le taux provincial était de 11,4 %, soit une augmentation proportionnelle de 22,8 % (INSPQ, 2006).

Proportions de blessures selon le groupe d'âge et le sexe

- Les adolescents courent le plus grand risque de subir des blessures. Environ un adolescent sur trois âgé de 12 à 14 ans (28 %) et un adolescent sur quatre âgé de 15 à 17 ans (24,3 %) ont subi des blessures au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les proportions de blessures chez les adolescents sont environ cinq fois plus grandes que celles des aînés (5,6 %) et deux fois supérieures à celles des adultes âgés de 35 à 54 ans (12,5 %). Les proportions de blessures sont plus élevées chez les garçons que chez les filles dans cette population, soit 31,2 % contre 24,6 % chez les 12 à 14 ans et 28,8 % contre 19,2 % pour les 15 à 17 ans ($p=0,02$) (Tableau 1).
- La fréquence des blessures subies durant les 12 derniers mois chez les adultes diminue avec l'âge. Les jeunes adultes, âgés de 18 à 34 ans, ont subi plus de blessures (19,1 %) au cours des 12 mois précédant l'enquête comparativement aux groupes d'âge plus élevés ($p < 0,0001$). Dans ce groupe d'âge, 32,3 % des hommes ont été victimes d'au moins une blessure contre 6,6 % des femmes (Tableau 1).

Le tableau des blessures chez les Premières Nations, en ce qui concerne les groupes d'âge, est similaire à celui de la population canadienne. Selon l'ESCC, environ un jeune canadien (âgé de 12 à 19 ans) sur trois (30,0 %) et environ un jeune adulte (âgé de 20 à 34 ans) sur cinq (20,0 %) ont subi une blessure au cours de la dernière année (Statistique Canada, 2009-2010)⁷. Au Québec 20,2 % des jeunes âgés de 12 à 19 ans sont victimes de blessures. Dans ce groupe d'âge, les garçons se blessent plus souvent que les filles, soit 25,5 % contre 14,6 % (INSPQ, 2006)⁸.

⁵ L'ESCC est une enquête générale sur la santé qui couvre la population à domicile de 12 ans et plus. Elle n'inclut pas les résidents des communautés indiennes, des bases des Forces canadiennes ni certaines régions éloignées. Cette enquête comportait plusieurs questions concernant les blessures notamment, les blessures suffisamment graves (fracture, coupure profonde, entorse, brûlure grave, empoisonnement...) pour limiter les activités normales au cours des 12 mois précédant l'enquête (Statistique Canada, 2001).

⁶ La comparaison avec les données canadiennes est à titre indicatif. La question portant sur le nombre de blessures dans l'ERS 2008 (blessures subies au cours des 12 derniers mois) est différente de celle de l'ESCC (blessures subies au cours des 12 derniers mois qui étaient assez graves pour limiter les activités normales). De plus, dans l'ESCC les enfants âgés de moins de 12 ans ne sont pas inclus, faisant l'objet d'une enquête à part contrairement à l'ERS.

⁷ La comparaison avec les données canadiennes est à titre indicatif seulement car les catégories d'âge utilisées dans l'ERS 2008 sont différentes de celles utilisées dans l'ESCC 2009.

⁸ La comparaison avec les données québécoises est à titre indicatif seulement car les catégories d'âge utilisées dans l'ERS 2008 sont différentes de celles utilisées dans le portrait de santé de 2006.

Les aînés des Premières Nations du Québec (âgés 65 ans et plus) semblent avoir subi moins de blessures au cours des 12 derniers mois que leurs homologues canadiens soit 5,6 % (IC: 1,5 % - 9,7 %) contre 9,5 % (Statistique Canada, 2009-2010).

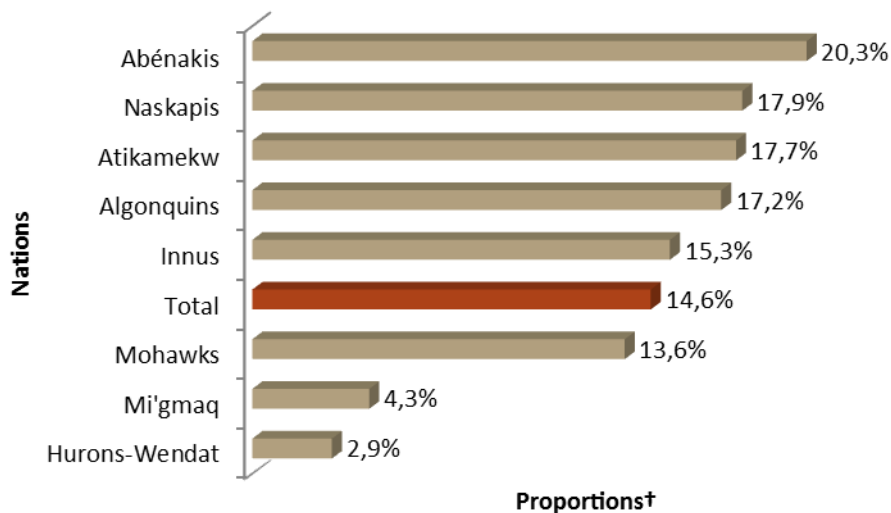
Les blessures affectent environ deux fois plus d'hommes que de femmes (19,2 % contre 9,9 %) selon les résultats de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008* (ERS 2008) ($p < 0,0001$). Dans la population canadienne de 2009-2010, 17,1 % des hommes se sont blessés au cours de la dernière année contre 12,8 % pour les femmes (Statistique Canada, 2011).

Les proportions de blessures enregistrent des variations beaucoup plus marquées chez les hommes, si on tient compte de l'âge. Tandis que chez les femmes, hormis les groupes d'âge des adolescents, les proportions de blessures ont peu varié en fonction de l'âge. Au sein de chaque groupe d'âge, les hommes subissent plus de blessures que les femmes à l'exception du groupe d'âge des 65 ans et plus où la tendance est inversée (8,3 % chez les femmes contre 2,7 % pour les hommes) (Tableau 1). Ce même phénomène est observé au niveau de la population canadienne où les proportions de blessures enregistrées chez les 65 ans et plus sont de 10,1 % chez les femmes contre 8,7 % chez les hommes (Statistique Canada, 2009-2010).

Proportion de blessures selon la Nation

Les proportions de blessures varient entre 2,9 % et 20,3 % selon la nation. Les fréquences les plus élevées sont observées chez les Abénakis (20,3 %), Naskapis (17,9 %), Atikamekw (17,7 %), Algonquins (17,2 %) et Innus (15,3 %) tandis que les proportions les moins élevées sont observées chez les Mohawks (13,6 %), Mi'gmaq (4,3 %) et Hurons-Wendat (2,9 %). Sur le plan statistique, la fréquence de survenue des blessures est significativement différente selon la nation ($p < 0,0001$) (Figure 1).

Figure 1 : Proportion de blessures selon la nation, population adulte, adolescente et enfant (N = 2 667)*



* L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans ce tableau. Le total représente la taille réelle de l'échantillon de la population

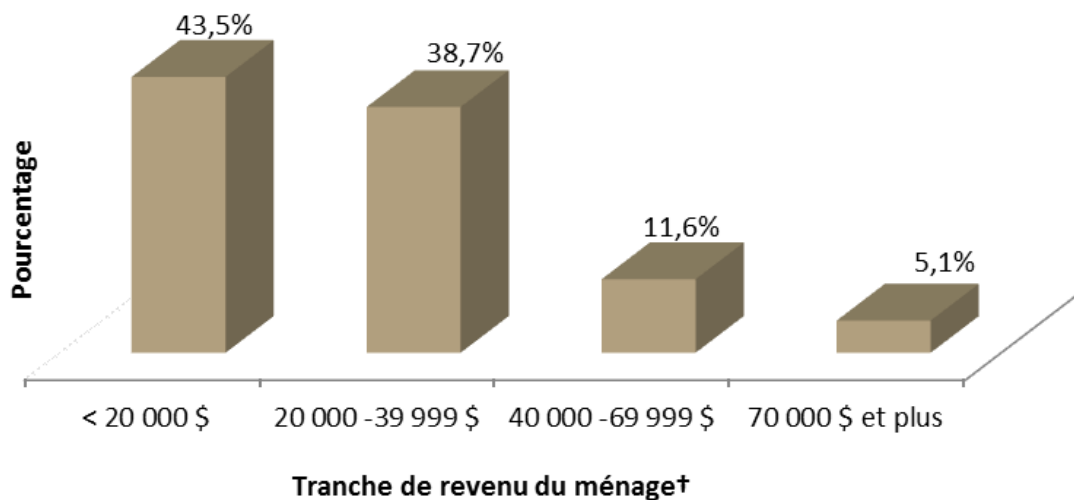
† Différence significative des proportions de blessures selon la nation (population enfants, adolescents, adultes) ($p < 0,0001$).

Proportion des blessures selon le revenu du ménage

Chez les adultes des Premières Nations du Québec, les proportions de blessures sont inversement proportionnelles au revenu du ménage.

La proportion de blessures est de 43,5 % chez les personnes qui vivent dans un ménage avec un revenu inférieur à 20 000 \$ par année. Tandis que chez celles vivant dans un ménage avec un revenu intermédiaire (20 000 \$ à 39 999 \$ par année), 38,7 % ont déclaré avoir subi au moins une blessure au cours des 12 derniers mois. Les personnes qui vivent dans un ménage avec un revenu de 40 000 \$ ou plus par année présentent des proportions de blessures plus faibles, soit 11,6 % pour la tranche de revenu du ménage comprise entre 40 000 \$ à 69 999 \$ par année et 5,1 % pour la tranche de revenu du ménage égal ou supérieure à 70 000 \$ par année. Les proportions de blessures selon la tranche de revenu du ménage sont statistiquement différentes ($p < 0,001$) (Figure 2).

Figure 2 : Proportion de blessures selon le revenu du ménage, population adulte (N=2 149)

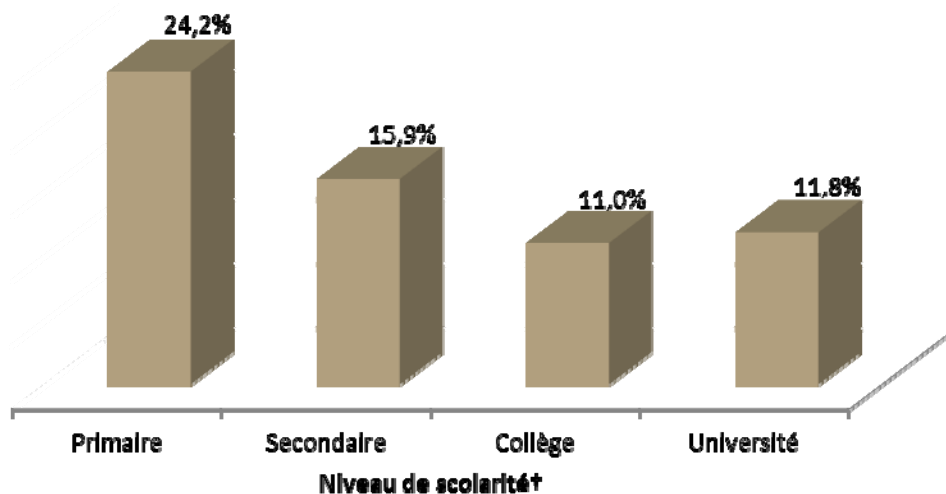


† Différence statistiquement significative des proportions de blessures selon le revenu du ménage ($p = 0,001$).

Proportion de blessures selon le niveau de scolarité

Les proportions de blessures au sein de la population adolescente et adulte sont inversement proportionnelles au niveau de scolarité. La plus forte proportion de blessures est enregistrée chez les personnes ayant un niveau de scolarité primaire avec 24,2 %, suivies de celles avec un niveau de scolarité secondaire (15,9 %). Chez les personnes ayant un niveau de scolarité collégial et universitaire, les pourcentages de blessures sont respectivement de 11,0 % et 12,1 %. Les proportions de blessures diminuent significativement avec le niveau de scolarité ($p < 0,0001$) (Figure 3).

Figure 3 : Proportion de blessures selon le niveau de scolarité, population adolescente et adulte (N = 21 402)*



† Différence statistiquement significative des proportions de blessures selon le niveau de scolarité ($p < 0,0001$).

1.2 Description des blessures

1.2.1 Types de blessures

Les coupures, égratignures ou ecchymoses constituent le type de blessures le plus fréquemment rencontré dans la population des Premières Nations du Québec. Un peu plus de la moitié des blessures chez les enfants (51,0 %) et environ deux cinquièmes chez les adolescents (38,1 %) et chez les adultes (36,2 %) sont de ce type (Tableau 2).

Les entorses majeures sont le deuxième type de blessures le plus fréquent chez les adultes et les adolescents avec respectivement 33,5 % et 35,2 %, suivi des fractures, soit 28,2 % pour les adultes contre 28,0 % pour les adolescents. Les brûlures occupent la quatrième place avec une plus grande proportion chez les adolescents (20,2 %) (Tableau 2).

Chez les enfants, les fractures (27,9 %) représentent le second type de blessures le plus fréquent, suivi des entorses majeures et des accidents dentaires, soit respectivement 13,5 % et 4,2 % (Tableau 2).

Tableau 2 : Nombres et pourcentages des types de blessures les plus fréquents parmi les blessés, population adulte, adolescente et enfant

Type de blessure	Adultes (2 603)*		Adolescents (926)*		Enfants (667)*	
	n	%	n	%	n	%
Coupures, égratignures, ecchymoses	942	36,2	353	38,1	340	51,0
Entorses majeures	871	33,5	326	35,2	90	13,5
Fractures	735	28,2	259	28,0	186	27,9
Brûlures	161	6,2	187	20,2	14	2,1
Accident dentaire	137	5,3	88	9,5	28	4,2
Luxation	120	4,6	47	5,1	...	...
Commotion cérébrale	79	3,0	19	2,1	19	2,8
Blessure à un organe interne	53	2,0	...	...	...	...
Empoisonnement	20	0,8	...	...	...	...
Hypothermie, engelure	14	0,5	6	0,6	5	0,7

* Nombre de répondants. Les effectifs ont été arrondis pour les besoins de calcul.

1.2.2 Causes des blessures

Les chutes constituent de loin la principale cause de blessures chez les enfants (54,1 %), les adolescents (44,3 %) et les adultes (36,5 %) des Premières Nations du Québec.

Les blessures qui font suite à un contact accidentel (impliquant une personne ou un animal) sont la deuxième cause incriminée dans la survenue des blessures chez les adultes (15,9 %) et les adolescents (14,2 %). Tandis que chez les enfants les accidents de vélo (12,1 %) sont au deuxième rang des causes de blessures (Tableau 3).

Chez les adolescents, les accidents de vélo (10,2 %) représentent la troisième cause la plus fréquente de blessures. La population adolescente est celle la plus touchée par les blessures dues à un contact avec un objet chaud ou le feu⁹, soit respectivement 6,8 % et 5,4 % (Tableau 3).

Les accidents de véhicules à moteur (3,8 %) et de véhicules tout terrain (3,7 %) présentent de faibles proportions dans la population adulte et sont nuls chez les enfants. Cependant, les accidents de véhicules tout terrain représentent 5,2 % des causes de blessures chez les adolescents (Tableau 3).

⁹ Selon le dictionnaire « mediadico » : le feu est un dégagement de chaleur et de lumière par la combustion des corps dits combustibles. L'incendie est un important feu causant des dégâts.

Tableau 3 : Nombres et pourcentages des causes de blessures les plus fréquentes parmi les blessés, population adulte, adolescente et enfant

Cause de blessures	Adultes (2 603)*		Adolescents (926)*		Enfants (667)*	
	n	%	n	%	n	%
Chutes	950	36,5	410	44,3	361	54,1
Accident impliquant un contact personne/animal	413	15,9	132	14,2	34	5,1
Mouvement intense	388	14,9	55	5,9	14	2,1
Contact avec une machine /outil	173	6,6	88	9,5	22	3,3
Accident véhicule à moteur	100	3,8	10	1,1	...	...
Accident véhicule tout terrain	96	3,7	48	5,2	...	...
Accident de vélo	74	2,8	94	10,2	81	12,1
Collision de motoneiges	70	2,7	11	1,2	8	1,2
Contact avec liquide/objet chaud	61	2,3	63	6,8	...	...
Glace mince	50	1,9	...	...	...	...
Incident de chasse	30	1,2	13	1,4	...	...
Incident navigation de plaisance	20	0,8	10	1,1	10	1,5
Feu/fumée/flammes	6	0,2	50	5,4	14	2,1

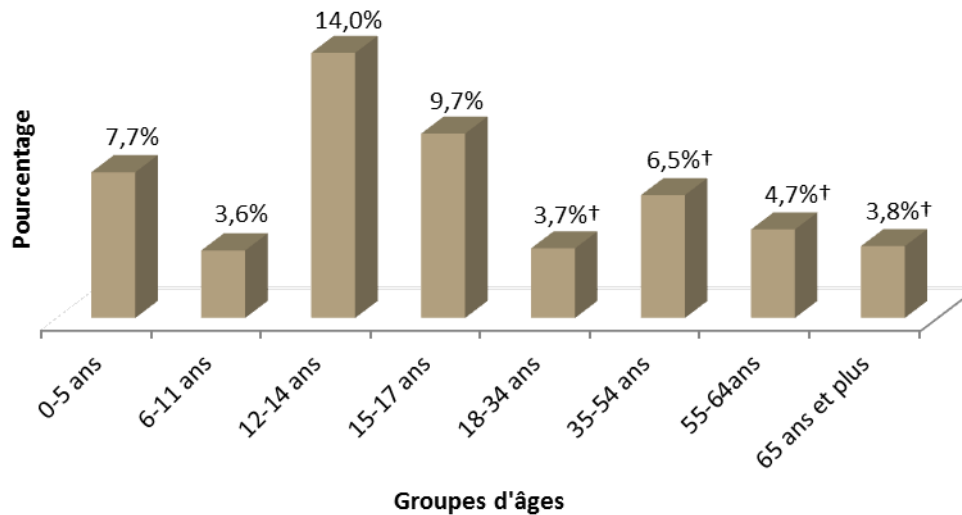
* Nombre de répondants. Les effectifs ont été arrondis pour les besoins de calcul

Blessures causées par une chute selon le groupe d'âge

Les proportions de blessures causées par une chute sont plus élevées chez les adolescents (14 % chez les 12 à 14 ans et 9,7 % chez les 15 à 17 ans) et les enfants de 0 à 5 ans (7,7 %). Ces différences de proportions de blessures ne sont pas statistiquement significatives (Figure 4).

Dans la population adulte, les personnes âgées de 35 à 54 ans (6,5 %) présentent les plus fortes proportions de blessures causées par une chute, suivie de celles âgées de 55 à 64 ans (4,7 %), alors que les jeunes adultes (3,7 %) et les aînés (3,8 %; IC : 0,5 % – 7,6 %) enregistrent les plus faibles proportions de blessures par chute. Les écarts entre les proportions de blessures par chute sont statistiquement significatifs selon le groupe d'âge chez les adultes ($p < 0,0001$) (Figure 4).

Figure 4 : Proportion de blessures causées par des chutes selon le groupe d'âge, population adulte, adolescente, enfant (N=28 762)



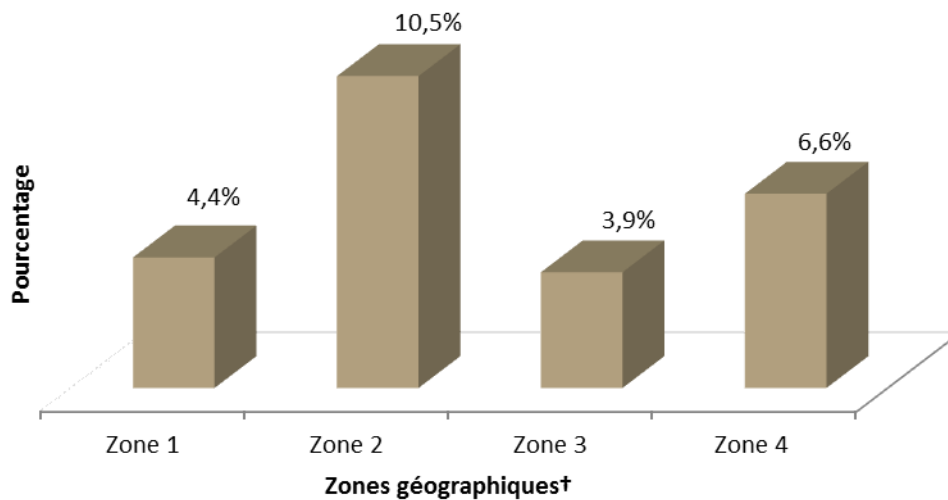
† Différence significative des proportions de blessures par chute selon le groupe d'âge dans la population adulte ($p < 0,0001$).

Blessures causées par une chute selon la zone géographique

La zone 2 (10,5 %) et la zone 4 (6,6 %) présentent les plus hautes proportions de blessures par chute. La zone 1 et la zone 3¹⁰ quant à elles, enregistrent les plus basses proportions avec respectivement 4,4 % et 3,9 %. Ces proportions sont statistiquement différentes selon les zones géographiques ($p < 0,003$) (Figure 5).

¹⁰ La proportion de blessures par chute au niveau de la zone 3 doit être interprétée avec prudence. Il pourrait y avoir un problème d'échantillonnage.

Figure 5 : Proportion de blessures causées par des chutes selon la zone géographique, population adulte (N = 1 363)



† Signification statistique de la différence des proportions de chutes selon la zone géographique ($p = 0,003$).

1.2.3 Lieu de survenue des blessures

Les lieux où surviennent le plus fréquemment les blessures diffèrent chez les populations adolescentes et adultes des Premières Nations. Chez les adultes, un tiers des blessures (30,2 %) s'est produit à la maison, environ un cinquième (18,1 %) dans la rue, 13,5 % dans la forêt, 12,1 % sur les terrains de sports (Tableau 4).

Les adolescents se sont le plus souvent blessés dans la rue (29,8 %) et à la maison (27,8 %). L'école ou le collège demeure le troisième lieu de survenue de blessures avec 25,1 % suivi des terrains de sports avec 19,0 %. Des blessures qui surviennent dans la forêt (11,2 %) et dans les bâtiments publics (10,3 %) sont aussi enregistrées dans cette population (Tableau 4).

La plupart des blessures, chez les enfants, surviennent à la maison (37,3 %), dans la rue (28,2 %), à l'école (15,3 %), dans la forêt (10,3 %), au lac (6,1 %) et dans les terrains de sport (5,8 %) (Tableau 4).

Tableau 4 : Nombres et pourcentages des blessures selon le lieu de survenue, population de blessés, adulte, adolescente et enfant

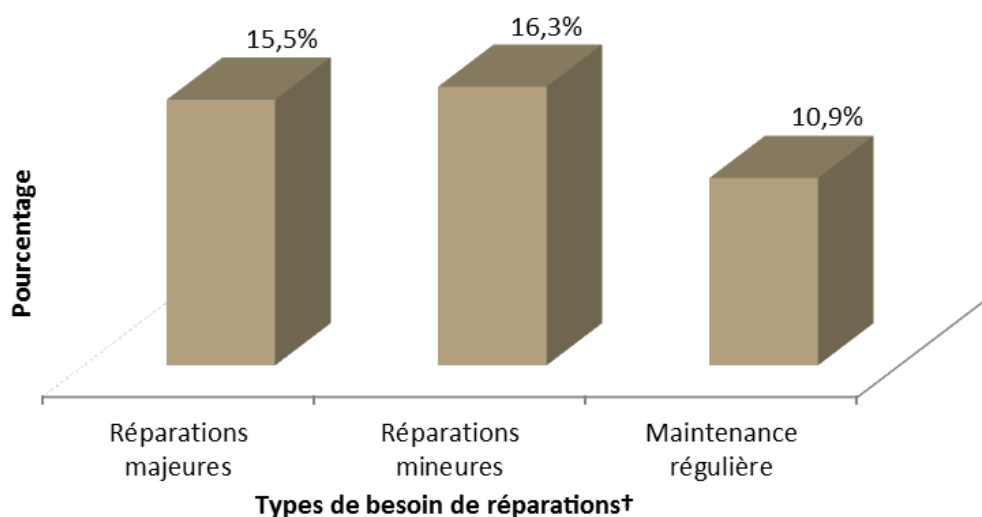
Lieu de survenue des blessures	Adultes (2 603)*		Adolescents (926)*		Enfants (667)*	
	n	%	n	%	n	%
Maison	787	30,2	257	27,8	249	37,3
Rue/trottoir	472	18,1	276	29,8	188	28,2
Forêt/boisé	352	13,5	104	11,2	69	10,3
Terrain de sport	314	12,1	176	19,0	39	5,8
École, collège ou université	179	6,9	232	25,1	102	15,3
Zone industrielle/Construction	117	4,5	7	0,8	14	10,3
Bâtiments publics	88	3,4	95	10,3	13	1,9
Lac/rivière/océan	78	3,0	24	2,6	41	6,1
Bureau	72	2,8	7	0,8	...	...

* Nombre de répondants. Les effectifs ont été arrondis pour les besoins de calcul.

Blessures et besoins de réparation du logement

Selon les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008 (ERS 2008), les proportions de blessures sont plus grandes lorsque les logements nécessitent des réparations majeures (15,5 %) ou mineures (16,3 %). Dans les logements où seule la maintenance régulière est nécessaire, les proportions de blessures y sont de l'ordre de 10,9 %. Il existe une différence significative ($p < 0,04$) entre l'état du logement et la fréquence des blessures; la fréquence des blessures étant significativement plus élevée dans les logements requérant des réparations majeures (Figure 6).

Figure 6 : Proportion de blessures selon le besoin de réparations de la maison, population adulte (N = 1 352)



† Signification statistique de la différence des proportions de blessures selon le besoin de réparation ($p = 0,04$).

1.2.4 Activités liées à la survenue des blessures

Les activités les plus fréquemment liées à la survenue des blessures chez les Premières Nations du Québec sont le sport ou l'exercice physique¹¹ et les loisirs¹²

La plupart des adultes ont déclaré s'être blessés à la suite d'activités de loisirs (29,1 %), de sports ou d'exercice physique (26,8 %). Les blessures qui surviennent au travail, au cours des corvées domestiques ou lors des déplacements vers le lieu de travail occupent respectivement 19,4 %, 12,1 % et 3,0 % des activités liées à la survenue des blessures (Tableau 5).

Chez les adolescents, les blessures qui font suite à la pratique sportive ou de l'exercice physique sont les plus fréquentes soit 54,5 %. D'autres activités, comme les loisirs et les corvées domestiques, menées au moment où la blessure a été subie, occupent les deuxième et troisième places dans ce registre avec 36,5 % et 6,5 % (Tableau 5).

Les enfants se blessent le plus souvent lors des activités de loisirs (52,3 %) ou d'exercice physique (30,4 %). Les blessures qui surviennent lors des déplacements vers l'école viennent au troisième rang avec 8,7 % (Tableau 5).

Tableau 5 : Nombres et pourcentages des blessures selon l'activité liée à la survenue, population de blessés, adulte, adolescente et enfant

Activités liées à la survenue des blessures	Adultes (2 603)*		Adolescents (926)*		Enfants (667)*	
	n	%	n	%	n	%
Loisirs	757	29,1	338	36,5	349	52,3
Sports/exercice physique	698	26,8	505	54,5	203	30,4
Travail/emploi	505	19,4	29	3,1	...	...
Corvées autour de la maison/emploi non rémunéré	314	12,1	60	6,5	...	...
Déplacement vers lieu de travail ou école	79	3,0	51	5,5	58	8,7

* Nombre de répondants. Les effectifs ont été arrondis pour les besoins de calcul.

La figure 7 montre que chez les jeunes âgés de 12 à 14 ans, les adolescents (15 à 17 ans) et les jeunes adultes (18 à 34 ans), les blessures liées à des activités sportives et à l'exercice physique sont plus fréquentes que les blessures liées aux activités de loisirs.

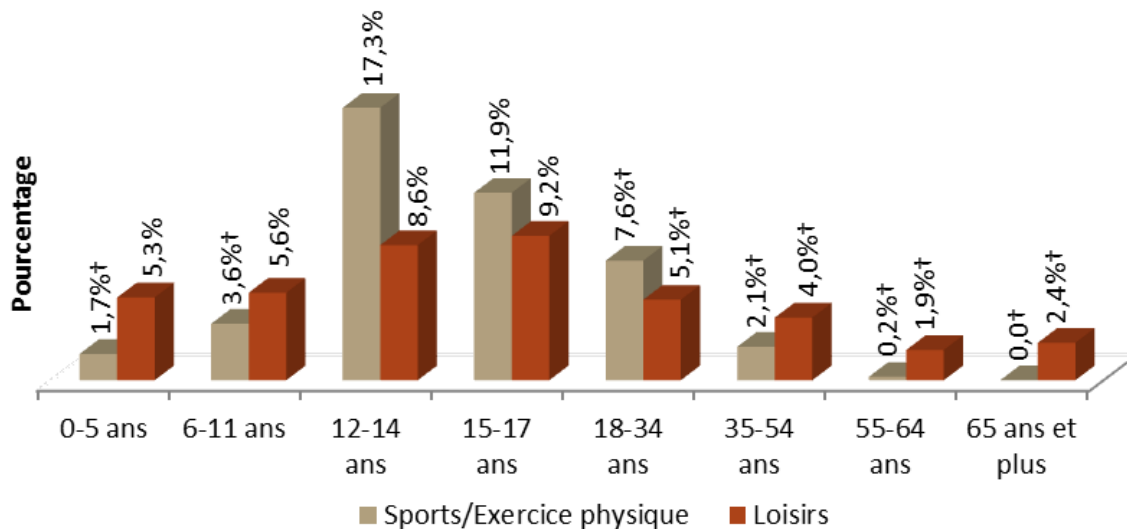
Chez les jeunes âgés de 12 à 14 ans, la proportion de blessures liées à une activité sportive est de 17,3 % contre 8,6 % pour les activités de loisirs. Chez ceux âgés de 15 à 17 ans, 11,9 % se sont blessés suite à une activité sportive contre 9,2 % au cours des loisirs. Quant aux jeunes adultes, âgés de 18 à 34 ans, 7,6 % ont été victimes de blessures lors d'activités sportives et 5,1 % ont subi une blessure au cours d'une activité de loisirs (Figure 7).

¹¹ Selon l'OMS: « On entend par activité physique tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique ». [En ligne], adresse URL : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/index.html>

¹² Selon l'OMS: « les activités de loisirs ou récréatives englobent la marche, le vélo, le jeu, etc. ». [En ligne], adresse URL : http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommandations/fr/

Chez les adultes, la fréquence des blessures, suite à une activité physique ($p < 0,0001$) ou une activité de loisirs ($p < 0,0004$), diminue significativement avec l'âge. Chez les enfants, la fréquence de blessures, suite à une activité sportive, augmente significativement avec l'âge ($p < 0,04$) (Figure 7).

Figure 7 : Proportion de blessures selon l'activité liée à la survenue, par groupe d'âge, population adulte, adolescente et enfant (N=28762)



- + Différence significative des proportions de blessures liées aux activités de loisirs selon le groupe d'âge chez les adultes ($p < 0,0004$).
- + Différence significative des proportions de blessures liées aux activités physiques selon le groupe d'âge chez les adultes ($p < 0,0001$) et chez les enfants ($p = 0,04$).

Selon les résultats observés, les hommes sont plus touchés par les blessures causées par une activité sportive ou par l'exercice physique que les femmes, soit 73,7 % contre 26,3 %. Il existe une différence significative entre les blessures faisant suite à une activité physique ou sportive et le sexe, et ce, chez les adultes ($p < 0,0001$), les adolescents ($p = 0,002$) et les enfants ($p = 0,02$) (données non présentées).

Par contre, les blessures survenant lors d'activités de loisirs ont touché 5,6 % des hommes et 2,4 % des femmes avec une différence statistiquement significative de ces proportions ($p < 0,0001$) (données non présentées).

1.3 Recours aux services de santé

La personne qui a subi une blessure peut consulter différents services de santé afin d'être prise en charge. Chez les adultes et les adolescents, le service d'urgence est le plus sollicité (43,0 % pour les adultes et 39,3 % pour les adolescents), arrive en deuxième position les centres de santé communautaire (34,9 % chez les adultes contre 29,0 % chez les adolescents). Un certain nombre de personnes ayant subi des blessures, déclarent avoir consulté au cabinet du médecin (7,0 % chez les adultes et 2,8 % chez les adolescents), à la clinique sans rendez-vous (1,7 % chez les adultes et 2,3 % chez les adolescents) ou chez le guérisseur traditionnel (1,1 % chez les adultes et 0,5 % chez les adolescents). D'autres ont soit suivi des conseils au téléphone ou bien se sont soignées à la maison, au travail ou à l'école. Cependant, chez les adultes et adolescents victimes de blessures, 10,1 % et 18,3 % déclarent ne pas avoir consulté (Tableau 6).

Les répondants d'enfants victimes de blessures ont eu recours aux services d'urgence dans 53,6 % des cas ou à un centre de santé communautaire dans 35,1 % des cas. Des enfants ayant subi des blessures ont reçu des soins à la maison (22,8 %) ou à l'école (3,9 %). Le recours à la clinique sans rendez-vous ou chez le guérisseur traditionnel représente 3,7 % et 3,1 % de la population d'enfants blessés. Par contre, chez les enfants qui ont subi une blessure, 3,6 % des répondants affirment n'avoir eu recours à aucun service de soins (Tableau 6).

Selon les résultats de l'ESCC de 2009, 54,2 % des cas de blessures au sein de la population âgée de 12 à 19 ans ont reçu des soins médicaux prodigués par un spécialiste de la santé au cours des 48 heures suivants l'évènement ayant occasionné la blessure. Chez les adultes, ces proportions sont respectivement de 53,1 % (20 à 64 ans) et 59,4 % (65 ans et plus). Au niveau des cas de blessures chez les adolescents canadiens (âgés de 12 à 19 ans), 58,2 % ont été traités à l'urgence, 12,7 % ont été traités dans un cabinet de médecin et 10,9 % ont été traités dans une clinique sans rendez vous. Parmi les cas de blessures chez les adultes (âgés de 20 à 64 ans), 51,7 % ont été traités à l'urgence, 17,7 % ont été traités dans un cabinet de médecin et 13,6 % ont été traités dans une clinique sans rendez-vous. Chez les 65 ans et plus 62,3 % ont été traités à l'urgence, 18,2 % ont été traités dans un cabinet de médecin et 10,8 % ont été traités dans une clinique sans rendez-vous (Statistique Canada, 2009).

Tableau 6 : Nombres et pourcentages de services recourus, population de blessés, adulte, adolescente et enfants

Recours aux services de soins	Adultes (2 603)*		Adolescents (926)*		Enfants (667)*	
	n	%	n	%	n	%
Salle d'urgence	1 120	43,0	364	39,3	357	53,5
Centre de santé communautaire	909	34,9	268	29,0	234	35,1
N'a pas consulté	263	10,1	169	18,3	24	3,6
Maison	182	7,0	147	15,8	152	22,8
Cabinet d'un médecin	181	7,0	26	2,8	...	...
Téléphone	88	3,4	27	2,9	...	...
École	45	1,7	103	11,1	26	3,9
Clinique sans rendez-vous	43	1,7	22	2,3	25	3,7
Travail	31	1,2	7	0,8	...	...
Guérisseur traditionnel	28	1,1	5	0,5	21	3,1

* Nombre de répondants. Les effectifs ont été arrondis pour les besoins de calcul

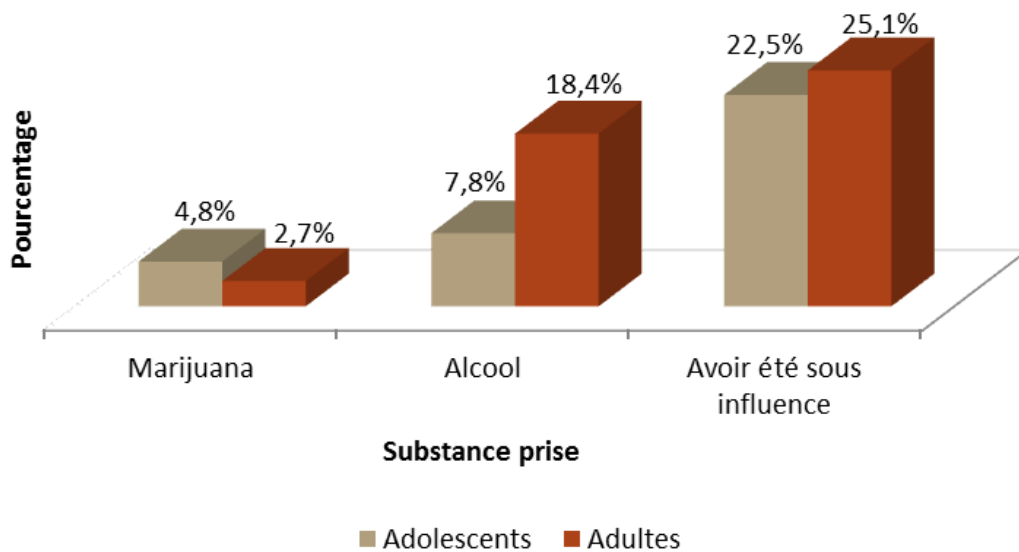
1.4 Consommation d'alcool ou de drogues et survenue de blessures

Au sein de la population adulte et adolescente des Premières Nations, certains répondants ont déclaré être sous l'influence de substances prises au moment de la survenue de leurs blessures.

Globalement, 25,1 % des adultes et 22,5 % des adolescents ayant eu une blessure auraient été sous l'influence de l'alcool ou de la drogue (Figure 8).

L'influence de l'alcool dans la survenue de blessures est plus forte chez les adultes (18,4 %) que chez les adolescents (7,8 %). Par contre, la survenue de blessures sous l'influence de la marijuana est plus grande chez les adolescents (4,8 %) que chez les adultes (2,7 %).

Figure 8 : Pourcentage de différents types de substances prises qui ont eu une influence dans la survenue des blessures, population adulte (N = 2 603)* et adolescente (N = 926)*



* L'effectif total contient une catégorie « autre » (personnes ayant répondu « ne sais pas » ou « refus »). Cette catégorie n'est pas représentée dans cette figure.

DISCUSSION

Problèmes de comparabilité de données

Les résultats de l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002* (ERS 2002) et ceux de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008* (ERS 2008), concernant les blessures non intentionnelles, sont difficilement comparables. Dans l'ERS 2002 la question portant sur les blessures était formulée de la façon suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une ou des blessures suivantes (ex : fracture, brûlure, luxation, entorse ou foulure...) ayant dû être portées à l'attention d'un professionnel de la santé? ». Tandis que dans l'enquête de 2008, la question était posée comme suit: « Avez-vous subi des blessures au cours des 12 derniers mois? ». Cette différence des questions dans les deux enquêtes ont un effet sur l'interprétation des résultats de ces dernières, elle pose aussi un problème de comparabilité.

Dans l'ERS 2002, les blessures ont été abordées sous l'angle du nombre de blessures (selon le type) chez une personne, qui a nécessité une consultation. Dans ce cas, une personne pouvait avoir subi une ou plusieurs des types de blessures, énumérés dans la question, durant les 12 mois précédant l'enquête. Tandis que dans l'ERS 2008, il s'agissait de répertorier le nombre de personnes ayant subi des blessures au cours de la dernière année. Cet état de fait pourrait entraîner une surestimation de la proportion des blessures dans l'ERS 2002.


Fréquences des blessures chez les Premières Nations du Québec

La proportion des blessures (14,6 %), pour l'ensemble de la population des Premières Nations du Québec, dans l'ERS 2008 est plus petite que celle observée chez les Autochtones de 12 à 64 ans vivant hors réserve dans les provinces (20,0 %) (Tjepkema, 2005).

En ce qui concerne le groupe d'âge, les adolescents et les jeunes adultes sont plus susceptibles de subir des blessures. Au sein de ces populations, la probabilité de survenue de blessures est plus grande chez les garçons que chez les filles. Cette même tendance est observée au niveau du Québec et dans la population canadienne (Statistique Canada, 2011; INSPQ, 2006).

Chez les aînés des Premières Nations, les femmes sont plus à risque de subir des blessures que les hommes. Cette même tendance est observée au niveau canadien. La proportion de blessures est faible chez les aînés des Premières Nations alors que, dans la population canadienne, on observe une augmentation de la prévalence des blessures chez les personnes âgées de plus de 65 ans (Wilkins & Park, 2004; Statistique Canada, ESCC 2009-2010).

Tout comme dans les populations québécoise et canadienne, les hommes et les jeunes forment les groupes les plus à risque de blessures chez les Premières Nations du Québec. Tant au niveau de la nature des blessures, des causes que des circonstances de survenue, les proportions de blessures sont plus grandes chez ces deux groupes. Cet état de fait pourrait s'expliquer par les



types d'activités (de loisirs ou sportives) auxquelles s'adonnent cette population à risque notamment, celle masculine. Les écarts constatés quant aux risques de blessures selon le sexe et l'âge sont mentionnés dans la plupart des études portant sur les blessures (Pless B et coll., 2000; Wilkins K et coll., 2004; Légaré G et coll., 2008; Billette JM et coll., 2011; INSPQ, 2006).

En 2008, chez les enfants, la plupart des blessures sont de types ecchymoses, causées par des chutes ou des accidents de vélo, survenant pour la plupart à la maison, à l'école ou dans la rue et liées à des activités de loisirs et sportives.

Les Premières Nations du Québec ne se distinguent pas quant aux causes et aux types de blessures rapportées mais plutôt au niveau des très grandes proportions qu'elles enregistrent. Le tableau des causes et types de blessures est le même, soit une chute qui se produit le plus souvent en glissant. Le domicile et les environs immédiats de celui-ci, de même que les lieux de loisirs constituent les endroits où se produisent les blessures les plus fréquemment rapportées dans toutes les études précitées. Cependant, selon l'étude de Leslie (Leslie et coll., 2004), les Premières Nations sont un groupe davantage à risque de fracture (Leslie et coll., 2004).

Selon les zones géographiques, les proportions de chutes sont plus élevées en zone 2 (rurale) et en zone 4 (d'accès difficile). Les activités généralement menées (activités traditionnelles ou coutumières (chasse, pêche, trappe...), travail de construction...) dans ces zones pourraient peut-être expliquer ces fortes proportions. Il se pourrait aussi que ces zones ne soient pas bien dotées en infrastructures (routes et pavage, voirie comme le déneigement...) ce qui contribuerait à expliquer ce phénomène. Il serait intéressant de voir la fréquence des chutes en fonction des saisons de l'année, de même que la fréquence des chutes en lien avec la présence ou l'absence d'infrastructures dans ces zones.

Les proportions de blessures suite à un accident de voiture ou de véhicule tout terrain, présentées par les résultats de cette enquête ne tiennent pas compte des décès et des hospitalisations. Ces faibles proportions pourraient être dues aux effets des politiques sur la prévention routière avec entre autres, l'accent mis sur les moyens de prévention utilisés (port de ceinture de sécurité, alcool au volant, siège auto pour les enfants, port de casque ou de gilet de sauvetage...). Les données de l'enquête concernant les moyens de prévention utilisés chez les Premières Nations ne sont pas exploitables en raison, entre autres, d'un nombre de réponses insuffisant ou parfois nul à ces questions. Il en est de même pour les données concernant la conduite en état d'ébriété. Ce type de comportement étant illégal, les gens ne sont pas portés à répondre à ce genre de question (biais de désirabilité sociale).

La majorité des blessures rapportées avaient nécessité le recours aux services d'un professionnel de la santé. Il semble que le recours aux soins, suite à une blessure, est plus faible chez les Premières Nations que le reste de la population canadienne. Par ailleurs, un certain nombre de personnes ayant subi des blessures au cours de l'année précédente n'a pas consulté. Plusieurs raisons pourraient justifier cela par exemple : l'accessibilité des services médicaux, les aspects culturels...

Caractéristiques de la population des Premières Nations du Québec et survenue de blessures

Divers facteurs ont été suggérés pour expliquer la survenue des blessures. Pour la plupart, ces facteurs sont le sexe, l'âge et le niveau socioéconomique. La consommation d'alcool pourrait aussi constituer un facteur de risque de blessures.

Les résultats de l'enquête sur la santé des Premières Nations du Québec suggèrent que les proportions de blessures sont inversement proportionnelles au revenu du ménage. Autrement dit, les personnes qui vivent dans un ménage à faible revenu sont plus exposés aux blessures que les personnes qui vivent dans un ménage dont le revenu est moyen ou élevé. Ces résultats sont consistants avec un certain nombre d'études notamment, celle de Cubbin (2000) dont les résultats suggèrent que les personnes qui ont un revenu inférieur à 6 250 \$US sont plus à risque de subir des blessures que celles ayant un revenu compris entre 18 750 \$US et 75 000 \$US (Cubbin C et coll., 2000).

Au niveau de la survenue de blessures en lien avec le niveau de scolarité, les résultats de l'enquête de 2008 montrent que les personnes qui ont un niveau de scolarité primaire et secondaire présentent les plus fortes proportions de blessures. Les résultats de certaines études ont suggéré que les personnes avec un niveau d'étude inférieur au collégial sont plus à risque de subir des blessures (Cubbin C et coll., 2000; Potter et coll., 2005; Simpson K et coll., 2005; Robitaille Y et coll., 1995).

Chez les Premières Nations du Québec, les blessures surviennent le plus fréquemment à la maison. Ce lieu de survenue est cité par la plupart des études portant sur les blessures. Les résultats observés montrent un lien entre l'état de délabrement des logements chez les Premières Nations et la survenue de blessures. En effet, la survenue de blessures est plus grande au niveau des logements qui nécessitent des réparations majeures ou mineures que ceux demandant seulement une maintenance régulière ($p < 0,04$). Cette étude est une des rares à démontrer une relation statistiquement significative entre la survenue des blessures et l'état des logements.

CONCLUSION

Chez les Premières Nations du Québec, les adolescents et les jeunes adultes sont plus victimes de blessures. La proportion de blessures est plus grande chez les hommes que chez les femmes. Les blessures causées par des chutes sont de loin les plus fréquentes.

Les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur au collégial ainsi que celles vivant dans des ménages à faible revenu sont plus victimes de blessures. Ces blessures sont plus fréquentes en zone 2 (rurale) et surviennent en plus grande proportion dans les maisons requérant des travaux d'entretien significatifs.

Cette situation contribue à de nombreuses années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables aux blessures non intentionnelles dont sont victimes les Premières Nations du Québec. Malgré cet état de situation, le recours aux services de santé à la suite d'une blessure est plus faible chez les Premières Nations par rapport au reste de la population canadienne.

Les blessures non intentionnelles constituent une préoccupation majeure des Premières Nations du Québec. Le *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017. Remédier aux disparités... Accélérer le changement* (CSSSPNQL, 2008) vise à remédier aux disparités en matière de santé de cette population avec le reste de la population en générale, et à accélérer le changement. Une des priorités de ce plan est la prévention en vue de réduire la fréquence des blessures au sein des Premières Nations du Québec.

Dans ce cadre, il serait pertinent d'agir sur les nombreux facteurs de risque de blessures auxquels sont exposées les Premières Nations en vue d'inverser la tendance d'ici 2017. Parmi ces facteurs de risque, retenons : le milieu physique (environnement, éloignement); les conditions sociales (faible statut socioéconomique et faible niveau de scolarité); les conditions de logement (état de délabrement); la consommation d'alcool et de drogue.

Il existe déjà des programmes et interventions qui sont menées et dont le but est de prévenir et de lutter contre les blessures non intentionnelles chez les Premières Nations. Les résultats de l'ERS 2008 sont utiles pour cibler de manière spécifique les groupes plus à risque. En ce sens, les résultats présentés dans ce chapitre constituent une source d'information actuelle et pertinente pour soutenir la prise de décision et le renforcement des programmes existant afin de remédier, telle que voulu dans le plan directeur, à ce problème de santé publique chez cette population.

ANNEXE

Points d'amélioration potentiels concernant les blessures


- Étudier de manière approfondie les causes de blessures les plus fréquentes notamment, les chutes, entorses majeures et fractures en tenant compte de certaines caractéristiques de la population et de groupes à risque. Aussi étudier les blessures des femmes survenant lors des travaux domestiques, en plus des données saisonnières qui fournissent les informations concernant la survenue des blessures.
- Voir davantage les causes possibles des faibles proportions de blessures enregistrées chez les 65 ans et plus.
- Traiter à part les blessures chez les enfants comme le font les enquêtes canadiennes et québécoises.

Axes de réflexion pour l'aide à la décision

- Mettre en œuvre la surveillance des blessures et disposer des données d'hospitalisations suite aux blessures chez les Premières Nations du Québec.
- Sensibiliser les communautés sur les risques de blessures accidentelles.
- Sensibiliser la population et les groupes à risque sur certaines mesures de sécurité à prendre.
- Prévenir la survenue de blessures causées par des chutes.
- Rendre plus sécuritaire les aires et terrains de jeu, voie de passage des piétons et pistes cyclables
- Veiller au bon aménagement des rues.
- Réviser l'état des infrastructures dans les communautés éloignées.
- Réviser l'état et la sécurité des logements

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé publique du Canada. Principales causes de décès et d'hospitalisation au Canada, 2005. [En ligne], adresse URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/lcd-pcd97/table1-fra.php>
- Assemblée des Premières Nations. Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003. Assemblée des Premières Nations, Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations, 2007; 341p.
- Billette JM, et Janz T. Les blessures au Canada : Un aperçu des résultats de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (n082-624-X au catalogue de Statistique Canada). Statistique Canada, 2011. [En ligne], adresse URL : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11506-fra.htm>
- CSSPNQL (2008), , Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec, 2007-2017. Remédier aux disparités... Accélérer le changement, Wendake : Commission de la santé et des services sociaux du Québec et du Labrador, 105 p.
- Cubbin C, Leclere FB and Smith GS. Socioeconomic Status and the Occurrence of Fatal and Nonfatal Injury in the United States. *American journal of public health*, 2000; 90 (1): 70-77.
- Institut national de la santé publique du Québec. Portrait de santé du Québec et de ses régions : les Statistiques. Ministère de la santé et des services sociaux, 2006; p280.
- Gagné M, Leduc S, Maurice P, Patry P. Les traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois âgés de 18 ans et moins : état de situation. Institut national de la santé publique du Québec, 2009; 102p.
- Légaré G, et Robitaille Y. Blessures et sécurité dans les transports. Enquête de santé auprès des Cris 2003, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 2.1 Liyyiyu Aschii. Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et l'Institut national de santé publique du Québec, 2008 ; 19 p.
- Leslie WL, Derksen S, Metge C, Lix LM, Salamon EA, Steiman PW et coll. Fracture risk among First Nations people: a retrospective matched cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 2004; 171(8): 869-873.
- Pless B, et Millar W. Blessures non intentionnelles chez les enfants Résultats d'enquêtes canadiennes sur la santé. Santé Canada, 2000 ; 107 p.
- Potter BK, Speechley KN, Koval JJ, Gutmanis IA, Campbell MK and Manuel D. Socioeconomic status and non-fatal injuries among Canadian adolescents: variations across SES and injury measures. *Biomed Central Public Health*, 2005; 5:132.
- Robitaille Y, Régnier G, Pless IB. Accidents avec blessures : Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Ministère de la santé et des services sociaux, 1995 ; 1(13) : 257-270.

- 
- Santé Canada. Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les peuples Autochtones du Canada 1990-1999. Ministère des travaux publics et services gouvernementaux; 2001 : 20p.
- Service d'information. National health services scotland (NHS), Traumatismes non intentionnels, 2010. [En ligne], adresse URL : <http://www.isdscotland.org/isd/2143.html>
- Simpson K, Janssen I, Craig WM, Pickett W. Multilevel analysis of associations between socioeconomic status and injury among Canadian adolescents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005; 59:1072-1077.
- Statistique Canada. Blessures limitant les activités. Statistique Canada, 2009. [En ligne], adresse URL : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010002/article/11272-fra.htm#fn2>
- The Red Cross society and the Canadian surveillance system for water-related fatalities. An analysis of Drownings and other Water-Related Injury Fatalities in Canada for 1996. [En ligne], adresse URL : <http://www.redcross.ca/watersafety.htm>
- Tjepkema M. Les blessures non mortelles chez les Autochtones. Rapports sur la santé (n082-003 au catalogue de Statistique Canada). Statistique Canada, 2005; 16 (2) : 9-24.
- Tjepkema M, Wilkins R, Pennock J, et Goedhuis N. Années potentielles de vie perdues de 25 à 74 ans chez les indiens inscrits, 1991 à 2001. Rapports sur la santé (n0 82-003-XPF au catalogue de Statistique Canada). Statistique Canada, 2011; 13p.
- Wilkins K and Park E. Blessures. Rapports sur la santé (n0 82-003-X au catalogue de Statistique Canada). Statistique Canada, 2004; 15 (3) :47-52.



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR