



# Les blessures aux Territoires du Nord-Ouest

*Un rapport sommaire*

Septembre 2004



# Préface

*Les blessures aux Territoires du Nord-Ouest : Un rapport sommaire* est une version condensée d'un rapport plus détaillé sur les blessures aux TNO compilées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le rapport statistique plus volumineux, intitulé *Injury in the Northwest Territories : A Descriptive Report*, présente une analyse plus approfondie des principaux types de blessures accompagnée de tableaux plus détaillés. Les personnes intéressées peuvent obtenir des exemplaires de ce rapport statistique détaillé en communiquant avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.



# Résumé

Avant d'aborder les problèmes de santé publique, incluant les blessures, il importe de déterminer leur ampleur, les endroits où ils se produisent et les personnes qui en sont affectées. À partir des informations produites par les sources de données couramment disponibles, le présent rapport a pour objectif de mettre en lumière l'importance des blessures en tant qu'elles constituent un problème de santé publique aux Territoires du Nord-Ouest et de décrire le modèle de leur occurrence.

Le présent rapport sommaire fournit une vue d'ensemble de l'étendue et de la nature des blessures aux Territoires du Nord-Ouest. Les blessures sont comparées à d'autres causes de décès et d'hospitalisation. Les taux de mortalité et d'hospitalisation résultant de blessures accidentelles et intentionnelles sont comparés aux taux canadiens. Le profil présente également des tendances dans les taux de blessures accidentelles et intentionnelles au fil des ans. Les blessures résultent de multiples causes externes ou de mécanismes. La prochaine section du rapport souligne les principales causes de décès et d'hospitalisation résultant de blessures. Il existe de nombreuses ressemblances et certaines différences dans les principales causes de décès et d'hospitalisation entre les sexes, les groupes d'âges, les groupes ethniques et les lieux de résidence.

Le rapport présente ensuite les taux de mortalité et d'hospitalisation résultant de blessures accidentelles et intentionnelles selon l'âge, le sexe, le groupe ethnique et le type de collectivité. Il fournit une indication de certains groupes considérés comme plus à risque d'avoir des blessures mortelles ou nécessitant une hospitalisation aux Territoires du Nord-Ouest.

La dernière section du rapport utilise diverses sources disponibles pour examiner des facteurs de risque de blessures et souligne certains éléments généraux d'initiatives efficaces de prévention des blessures. Dans l'ensemble, les données contenues dans le présent rapport dressent un profil initial des blessures aux Territoires du Nord-Ouest. (Voir la liste des principales conclusions présentées tout au long du rapport.)

## Principales conclusions

### Importance du problème

- Entre 1990 et 1999, les blessures ont représenté 23 % de tous les décès parmi les résidents des TNO, soit environ la même proportion de décès causés par le cancer et les maladies cardiovasculaires (comme les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux).
- Les blessures ont été la principale cause de décès prématurés, représentant 30 % de tous les décès parmi les résidents des TNO âgés de moins de

*« De plus, le public ignore en grande partie la nature évitable de bon nombre de blessures. La définition même du terme « accident », soit la référence la plus courante d'événements nocifs, évoque l'absence de chances, le malheur et l'état de détresse. Nous demandons que l'expression « accident » soit évitée en discutant du contrôle des blessures. L'accent devrait être plutôt mis sur les incidents et les blessures – et leur nature évitable. »*

Kraus J.F., Peek-Asa C., Vimalachandra D. *Injury Control: The Public Health Approach*. Dans R.B. Wallace (Eds.), Maxcy-Rosenau-Last: *Public Health & Preventive Medicine*. Stamford : Appleton & Lange. (p. 1291), 1998



74 ans, suivis du cancer à 24 %. Plus de résidents des TNO âgés entre 1 et 44 ans sont décédés par suite de blessures que par suite de toutes les autres causes de décès réunies.

- En excluant les hospitalisations dues aux grossesses et aux accouchements, les blessures ont été la troisième principale cause de toutes les hospitalisations parmi les résidents des TNO entre les années financières 1995-1996 et 1999-2000. Elles ont été la deuxième plus importante cause d'hospitalisations des résidents âgés entre 1 et 44 ans.
- Après que les différences dans la répartition selon l'âge ont été prises en considération dans les deux populations, il ressort que les résidents des TNO sont 2,3 fois plus à risque de décéder par suite de blessures que les Canadiens en général.
- Le taux d'hospitalisation par suite de blessures est 2,2 fois plus élevé chez les résidents des TNO que le taux canadien normalisé selon l'âge.

### **Tendances dans les taux de blessures**

- Bien qu'il semble y avoir eu un léger recul dans le taux général de décès par suite de blessures aux TNO durant la majeure partie des années 1990, cette baisse n'a pas été statistiquement significative.
- Il n'y a pas eu de changements importants dans les taux d'hospitalisation par suite de blessures entre les années financières 1995-1996 et 1999-2000.

### **Principales causes de blessures**

- Le terme « blessure » regroupe plusieurs types de lésions (par exemple, les traumatismes crâniens, les fractures et les brûlures), chacune d'elles pouvant résulter de multiples causes externes ou de mécanismes. Les suicides ont été la principale cause de mortalité par suite de blessures aux TNO, représentant 24 % des décès.
- Les accidents de circulation impliquant des automobiles, des camions et des motocyclettes sur les chemins publics et les routes ont représenté 17 % de tous les décès résultant de blessures.
- Les blessures associées à d'autres modes de transport, incluant les motoneiges, les autres véhicules à caractère non routier et les avions ont représenté 6 % des décès.
- En comptant les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur et les autres modes de transport, on estime que les accidents de véhicules ont représenté 22 % de tous les décès résultant de blessures aux Territoires du Nord-Ouest pendant la période étudiée.
- Les noyades ont aussi été une cause importante des décès résultant de blessures, car elles ont représenté 11 % des décès.

- Les chutes non intentionnelles ont été la principale cause des hospitalisations résultant de blessures, représentant 28 % de tous les cas.
- Les automutilations (ou les blessures volontaires) ont représenté la deuxième cause des hospitalisations résultant de blessures (13 %), suivies de près par les blessures causées par une violence interpersonnelle (12 %).
- Les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur ont représenté 8 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures, et les accidents de véhicules récréatifs, comme les motoneiges et les véhicules tout-terrain, ont représenté 5 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures.

### Groupes à risque

- Les blessures aux TNO tendent à se répartir dans différents groupes de personnes selon l'âge, le sexe, le groupe ethnique et le lieu de résidence.
- En général, plus de 50 % des décès et des hospitalisations résultant de blessures sont survenus chez des personnes âgées de 15 à 44 ans. Cependant, les blessures demeurent une cause importante de mortalité dans tous les groupes d'âges.
- Les personnes âgées ont eu les taux de décès et d'hospitalisations résultant de blessures les plus élevés. Ces taux élevés sont dus au nombre de décès et d'hospitalisations relatifs au petit nombre de personnes dans ce groupe d'âges. En outre, quand des blessures surviennent dans le groupe des personnes âgées, leurs conséquences et leurs complications potentielles sont souvent plus graves.
- Les enfants de moins de 15 ans ont eu les plus faibles taux de décès et d'hospitalisations résultant de blessures. Ces taux chutent radicalement chez les enfants et les jeunes adultes. Les personnes âgées de 15 à 24 ans ont le deuxième taux de décès résultant de blessures le plus élevé et le troisième taux d'hospitalisation résultant de blessures le plus élevé.
- Les hommes ont représenté 78 % de tous les décès résultant de blessures et 60 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures. Le taux de décès résultant de blessures chez les hommes a été plus de trois fois plus élevé que celui observé chez les femmes. En outre, les hommes risquent 1,4 fois plus que les femmes d'être hospitalisés par suite de blessures.
- Les taux de mortalité et d'hospitalisation résultant de blessures parmi les Inuits et les Dénés sont deux fois plus élevés que les taux correspondants des autres résidents des TNO.
- Les personnes qui résident dans une des plus petites collectivités des TNO, ou dans un des centres régionaux de Hay River, Fort Smith ou Inuvik, risquent davantage de décéder ou d'être hospitalisés par suite de blessures que les résidents de Yellowknife.

*« Au lieu de considérer les blessures comme des calamités naturelles ou des événements aléatoires inopinés sans cause apparente, les concepts épidémiologiques modernes du contrôle des blessures soulignent que les blessures proviennent de l'exposition à des dangers précis et touchent davantage certains groupes à risque élevé. »*

Barss P. et. al. *Injury Prevention : An International Perspective Epidemiology, Surveillance, and Policy* : New York: Oxford University Press. (p.12), 1998.



## Facteurs de risque

- Certains groupes risquent plus de se blesser en raison d'une exposition plus fréquente à certains milieux, des pièces d'équipement ou des activités. Par exemple, les hommes résidant dans de plus petites collectivités ont plus de chances d'utiliser des embarcations ou des motoneiges, en raison de leurs modes de vie traditionnels ou à des fins récréatives. Leur plus grande exposition explique en partie leurs taux plus élevés de blessures résultant d'activités associées aux embarcations et aux motoneiges. Toutefois, un certain nombre de facteurs de risque personnels, comportementaux et environnementaux peuvent également jouer un rôle.
- L'intoxication est peut-être un des facteurs de risque comportementaux les plus importants aux TNO. Un examen des rapports de coroners des Territoires du Nord-Ouest a indiqué que l'alcool est un facteur contributif dans 44 % de tous les décès résultant de blessures non intentionnelles et dans 39 % de tous les suicides étudiés. Un récent sondage a révélé que la consommation abusive et régulière d'alcool, un comportement qui tend à augmenter les risques de blessures, est plus courante chez les hommes et les résidents de plus petites collectivités.
- Les avantages de la ceinture de sécurité quant à la réduction de la gravité des blessures qui résultent des accidents impliquant des véhicules à moteur sont bien établis. Toutefois, les résultats du sondage de 1999 sur la sécurité et les blessures ont indiqué que 62 % des résidents des TNO âgés de plus de 15 ans ont affirmé toujours utiliser la ceinture de sécurité quand ils sont au volant d'une auto ou d'un camion. Ce pourcentage chute à 51 % chez les personnes qui résident dans les plus petites collectivités.
- Le fait de ne pas porter un vêtement de flottaison individuel (V.F.I.) à bord d'une embarcation est un des facteurs de risque de noyades les plus importants. Selon le sondage de 1999 sur la sécurité et les blessures, seulement 53 % des résidents des plus petites collectivités aux TNO ont affirmé toujours porter un V.F.I. quand ils sont à bord d'une embarcation.
- Les facteurs de risque de blessures incluent non seulement des pratiques personnelles d'hygiène de vie, comme la consommation excessive d'alcool, mais aussi des déterminants sous-jacents ou plus indirects, tels le statut socioéconomique, la qualité de l'environnement physique, le niveau d'instruction et l'estime de soi – des facteurs qui ont tous des répercussions sur l'expérience de vie des gens, leurs choix personnels et même leurs risques de blessures. Les résultats du recensement de 2001 ont indiqué que les résidents des plus petites collectivités des TNO tendent à avoir des revenus inférieurs, des niveaux d'instruction inférieurs et un taux de chômage plus élevé que les résidents des plus grands centres.



# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
Portée du rapport .....	2
Qu'est-ce qu'une blessure? .....	3
Les blessures par rapport à d'autres problèmes de santé .....	4
Comparaisons avec le Canada .....	6
<b>Tendances dans les taux de blessures</b> .....	<b>9</b>
Décès .....	9
Hospitalisations .....	10
<b>Types de blessures</b> .....	<b>13</b>
Décès .....	13
Hospitalisations .....	18
<b>Qui se blesse?</b> .....	<b>25</b>
Âge et sexe .....	25
Groupes ethniques .....	28
Lieu de résidence .....	30
<b>Facteurs de risque</b> .....	<b>35</b>
<b>Prévention des blessures</b> .....	<b>41</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>45</b>
<b>Références</b> .....	<b>49</b>



## Liste des Figures

Figure 1 :	Principales causes de décès, TNO, 1990-1999 . . . . .	4
Figure 2 :	Principales causes d'hospitalisation, TNO, 1995-1996 à 1999-2000 . . . . .	5
Figure 3 :	Taux de décès résultant de blessures intentionnelles, TNO (1990-1999) et taux normalisés selon l'âge au Canada (1996). . . . .	7
Figure 4 :	Taux d'hospitalisation résultant de blessures intentionnelles, TNO (1995-1996 à 1999-2000) et taux normalisés selon l'âge au Canada (1996-1997) . . . . .	7
Figure 5 :	Taux de décès résultant de blessures normalisés selon l'âge, TNO 1990-1992 à 1997-1999 (moyenne mobile sur une période de trois ans). . . . .	10
Figure 6 :	Taux d'hospitalisation résultant de blessures normalisés selon l'âge, TNO, 1995-1996 à 1999-2000. . . . .	11
Figure 7 :	Principales causes de décès résultant de blessures, TNO, 1990-1999. . . . .	14
Figure 8 :	Principales causes de décès résultant de blessures chez les hommes, TNO, 1990-1999 . . . . .	17
Figure 9 :	Principales causes de décès résultant de blessures chez les femmes, TNO, 1990-1999 . . . . .	17
Figure 10 :	Principales causes d'hospitalisation résultant de blessures, TNO, 1995-1996 à 1999-2000 . . . . .	20
Figure 11 :	Principales causes d'hospitalisation résultant de blessures chez les hommes, TNO, 1995-1996 à 1999-2000 . . . . .	22
Figure 12 :	Principales causes d'hospitalisation résultant de blessures chez les femmes, TNO., 1995-1996 à 1999-2000 . . . . .	22
Figure 13 :	Taux de décès résultant de blessures par âge et par sexe, TNO, 1990-1999. . . . .	26
Figure 14 :	Taux d'hospitalisation résultant de blessures par âge et par sexe, TNO, 1995-1996 à 1999-2000 . . . . .	28
Figure 15 :	Taux de décès résultant de blessures normalisés selon l'âge par groupe ethnique, TNO, 1990-1999 . . . . .	29
Figure 16 :	Taux d'hospitalisation résultant de blessures normalisés selon l'âge par groupe ethnique, TNO, 1995-1996 à 1999-2000 . . . . .	30
Figure 17 :	Taux de décès résultant de blessures normalisés selon l'âge par type de collectivité, TNO, 1990-1999 . . . . .	31
Figure 18 :	Taux d'hospitalisation résultant de blessures normalisés selon l'âge par type de collectivité, TNO, 1995-1996 à 1999-2000 (deux jours d'hospitalisation ou plus) . . . . .	32

## *Liste des tableaux*

Tableau 1 : Principales causes de décès résultant de blessures par groupe d'âges, TNO, 1990-1999 . . . . .	16
Tableau 2 : Principales causes de décès résultant de blessures par groupe ethnique et par type de collectivité, TNO, 1990-1999. . . . .	18
Tableau 3 : Principales causes d'hospitalisation résultant de blessures par groupe d'âges, TNO, 1995-1996 à 1999-2000 . . . . .	21
Tableau 4 : Principales causes d'hospitalisation résultant de blessures par groupe ethnique et par type de collectivité, TNO, 1995-1996 à 1999-2000 . . . . .	23



# Introduction

Les blessures constituent un des problèmes de santé publique les plus graves qui touchent les résidents des Territoires du Nord-Ouest. Environ le quart de tous les décès survenus entre 1990 et 1999 étaient dus à des blessures. Elles ont représenté la principale cause de décès parmi les résidents des TNO âgés de 1 à 44 ans – une période de la vie durant laquelle les individus sont habituellement en santé. En excluant les hospitalisations dues aux grossesses et aux accouchements, les blessures ont été la troisième principale cause de toutes les hospitalisations parmi les résidents des TNO entre 1995 et 1999.

Une blessure grave touche toutes les personnes qui interviennent dans la vie d'une personne blessée. Les membres de la famille, les amis et d'autres membres de la communauté ressentent un sentiment de perte. Non seulement les familles ont-elles du chagrin, mais elles doivent aussi faire face à une perte de revenu lorsque la personne blessée est un soutien de famille. Les blessures graves qui n'entraînent pas la mort résultent parfois en une invalidité permanente ou à long terme, des douleurs chroniques et un changement dans le style de vie. Si les membres de la famille sont appelés à prendre soin de la personne blessée, cette situation peut donner lieu à un stress, des absences du travail, une perte possible de revenus et des dépenses additionnelles.

Les blessures ont aussi des répercussions sur la collectivité et la société dans son ensemble. La collectivité perd les contributions que la personne blessée lui apportait aux plans économique, social, politique et culturel. En outre, la société en général doit supporter les coûts financiers des blessures. Durant l'année financière 2001, on estime que les blessures ont coûté 7,5 millions de dollars au système de soins de santé des TNO. Cette estimation inclut les coûts associés aux soins médicaux et hospitaliers, aux soins infirmiers dans les centres de santé communautaire et le transport des patients blessés vers des endroits où ils ont fait l'objet d'une attention médicale. Elle n'inclut pas les coûts des médicaments, des soins à long terme et des soins à domicile.

Contrairement à la croyance populaire, les blessures ne sont pas le fruit du hasard sur lequel les individus et les collectivités ne peuvent exercer aucun contrôle. Au contraire, les blessures sont à la fois prévisibles et évitables. « Bien que le moment précis où surviennent les blessures est imprévisible, elles résultent généralement de combinaisons de conditions environnementales malsaines, de pièces d'équipement, de comportements et de facteurs de risque individuels qui peuvent tous être changés. »<sup>1</sup> Puisque la plupart des blessures peuvent être évitées, il est important que nous examinons les façons de réduire les risques qu'elles se produisent et d'adopter des modes de vie sains. L'objectif du présent rapport est d'apporter une contribution permettant de mieux comprendre la nature de certaines causes de blessures aux Territoires du Nord-Ouest.

- *La plupart des blessures sont évitables;*
- *Une blessure, accidentelle et intentionnelle, constitue un problème de santé publique important dont l'impact est sous-estimé;*
- *Le fardeau économique des blessures est à la fois immédiat et considérable.*

Sous-comité fédéral-provincial-territorial sur la prévention et le contrôle des blessures. (2001).



## Portée du rapport

Il existe de nombreuses façons de présenter des données et d'établir des comparaisons. Le présent rapport ne prétend aucunement être exhaustif dans l'analyse des données. Il vise plutôt à fournir une vue d'ensemble de l'étendue et de la nature des blessures aux Territoires du Nord-Ouest. Pour donner un aperçu de l'étendue des blessures en tant qu'elles constituent un problème de santé publique, elles sont comparées à d'autres causes d'hospitalisation et de décès. De plus, les taux de décès et d'hospitalisations résultant de blessures intentionnelles et non intentionnelles sont comparés aux taux canadiens correspondants.

Les taux de décès et d'hospitalisations sont présentés selon l'âge, le sexe, le groupe ethnique et le type de collectivité.<sup>a</sup> Cette analyse fournit des indications au sujet de certains groupes considérés comme plus à risque de décéder ou d'être hospitalisés par suite de blessures aux TNO. Les principales causes de décès et d'hospitalisations résultant de blessures sont également présentées pour chacun de ces groupes.

En plus de savoir quels types de blessures touchent telle et telle personne, il importe de déterminer quels facteurs exposent les individus à différents types de blessures. La toile des facteurs de risque qui contribuent aux blessures est souvent complexe et, dans la plupart des cas, implique la collectivité dans laquelle les individus vivent. Les meilleurs moyens de comprendre les risques de blessures et leur étiologie sont les études qui tiennent compte de l'interaction des facteurs sociaux, culturels et économiques et des effets que ces variables démographiques ont sur les comportements individuels. De telles études vont au delà de la portée du présent rapport. Toutefois, en utilisant les données d'une enquête transversale sur les résidents des TNO, ainsi que les conclusions d'enquêtes de coroners et un rapport du ministère des Transports sur les accidents impliquant des véhicules à moteur, le présent rapport expose des facteurs de risque possibles pour certains types de blessures. Bien qu'une recherche plus étendue soit nécessaire dans ce domaine, nous espérons que cette analyse limitée des facteurs de risque comportementaux apportera un éclairage sur les raisons pour lesquelles certains résidents des TNO sont plus à risque de subir des blessures.

Il est également à souhaiter qu'il y ait suffisamment de données descriptives dans le présent rapport pour mieux comprendre en quoi les blessures constituent un problème de santé publique aux Territoires du Nord-Ouest. *Les blessures aux Territoires du Nord-Ouest : Un rapport sommaire* n'est pas un document stratégique, mais plutôt une ressource d'informations qui doit être utile aux décideurs, aux dirigeants communautaires et aux membres du public en général

a L'origine ethnique est catégorisée selon les trois groupes suivants : Déné, Inuit et non Autochtone/Métis. Le type de communauté se réfère au lieu de résidence au moment du décès ou de l'hospitalisation et comprend les trois groupes suivants: Yellowknife, les « centres régionaux » (Hay River, Fort Smith et Inuvik), et les « petites communautés » (les autres communautés des territoires).

qui s'intéressent à la question des blessures. Les fournisseurs de soins de santé, les planificateurs de programmes et toutes les autres personnes, qui aimeraient avoir une description plus détaillée des blessures aux Territoires du Nord-Ouest et leurs implications en ce qui concerne la prévention des blessures, devraient consulter le rapport complet intitulé *Injuries in the Northwest Territories : A Descriptive Report*.

## *Qu'est-ce qu'une blessure?*

Une blessure est une lésion faite aux tissus vivants par une cause extérieure. Cette cause peut prendre de nombreuses formes. Elle peut être mécanique (par exemple, un accident de circulation impliquant des véhicules à moteur), thermique (par exemple, une brûlure), chimique (par exemple, un empoisonnement), électrique (par exemple, une électrocution) ou radioactive (par exemple, une exposition excessive à des radiations). Des blessures peuvent aussi résulter d'une absence d'éléments nécessaires, comme l'oxygène et la chaleur.<sup>2</sup> Par exemple, une noyade résulte d'un manque d'oxygène; une gelure, d'un manque de chaleur.

En général, on peut diviser les blessures en deux principaux groupes en tenant compte de l'intention de la personne ou des personnes blessées. Une blessure non intentionnelle, comme son nom l'indique, fait référence à un événement nuisible qui survient indépendamment de la volonté humaine. Le terme « non intentionnelle » n'implique pas que l'événement n'est pas évitable ou prévisible. Au contraire, les blessures non intentionnelles sont souvent dues à des comportements ou des circonstances qui augmentent le risque des accidents qui conduisent à des blessures. Par exemple, la conduite avec facultés affaiblies est un important facteur de risque pour les blessures qui résultent des accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur.<sup>3</sup> Quant à elles, les blessures intentionnelles font référence à des situations où elles sont voulues en étant dirigées vers soi-même (par exemple, les suicides ou les automutilations) ou vers les autres (par exemple, les voies de fait, les abus ou les homicides). Une autre catégorie est utilisée lorsque l'intention ne peut pas être établie.

Bien que les événements qui conduisent à des blessures intentionnelles ou non intentionnelles diffèrent, les mécanismes de blessure et les blessures elles-mêmes sont généralement similaires. Ingérer une substance toxique produit le même résultat, même si l'éventail des comportements conduisant à la blessure peut varier, allant d'un comportement absolument non intentionnel jusqu'à un comportement ouvertement suicidaire. Par ailleurs, certaines stratégies parmi les plus efficaces impliquent des changements qui peuvent être apportés à l'environnement indépendamment de l'intention.<sup>4</sup> Par exemple, l'entreposage de médicaments et des armes à feu dans des endroits sécuritaires réduit non seulement les probabilités que des enfants se blessent accidentellement, mais aussi les risques de suicide chez les adolescents anxieux.

### *Scénario de blessure # 1*

*Un homme de vingt-trois ans conduisait une motoneige en soirée après avoir bu de façon excessive à une fête. La motoneige n'était pas dotée d'un phare opérationnel. L'homme ne portait pas de casque protecteur et voyageait à une vitesse élevée. Sa motoneige a donc heurté une roche et l'homme fut projeté. L'impact a provoqué une épaule disloquée et une commotion assez grave pour causer une perte de connaissance. Vu le port de vêtements inappropriés dans des conditions météorologiques de -30 degrés, l'homme est mort d'hypothermie.*

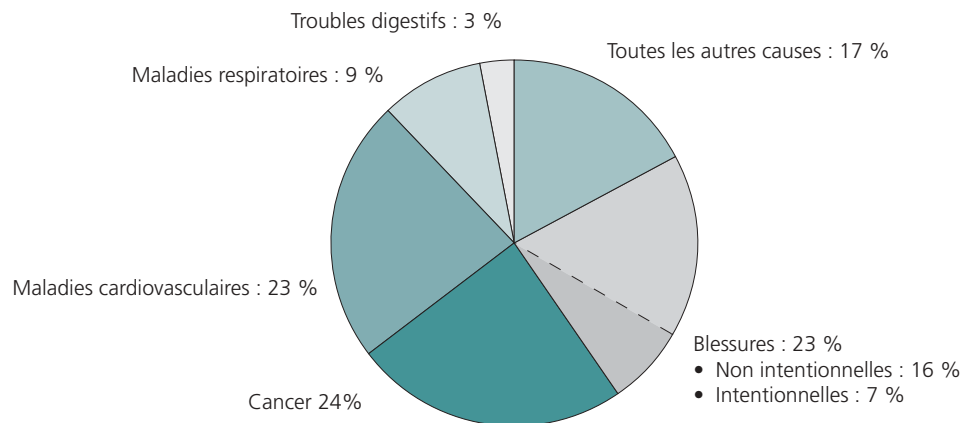


Entre 1990 et 1999, 68 % des blessures aux TNO ont été non intentionnelles et 31 % ont été intentionnelles (les suicides et les homicides représentant respectivement 24 % et 7 %). Le 1 % restant était attribuable à des blessures dont l'intention n'a pas pu être déterminée. Entre les années financières 1995-1996 et 1999-2000, 73 % de toutes les blessures donnant lieu à des hospitalisations ont été non intentionnelles, 25 % des blessures ont été intentionnelles – automutilations (13 %) et voies de fait (12 %) – et 2 % étaient non déterminées.

### *Les blessures par rapport à d'autres problèmes de santé*

Il est important de mesurer l'étendue globale des blessures en tant qu'elles constituent un problème de santé en prévision de l'affectation des ressources et de l'élaboration des stratégies d'intervention. Alors que de nombreux résidents des TNO considèrent le cancer, les maladies coronariennes et les maladies chroniques comme étant de graves menaces à leur santé et leur bien-être, les blessures représentent une des principales causes de mortalité et d'invalidité. Entre 1990 et 1999, les blessures ont représenté 23 % de tous les décès parmi les résidents des TNO (331 personnes), soit environ le même nombre de décès dus à des maladies cardiovasculaires comme les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (23 %) ou le cancer (24 %). Seize pour cent (16 %) de tous les décès ont résulté de blessures non intentionnelles, alors que les blessures intentionnelles ont représenté 7 % de tous les décès entre 1990 et 1999 aux TNO.

**Figure 1**  
Principales causes de décès, TNO, 1990-1999



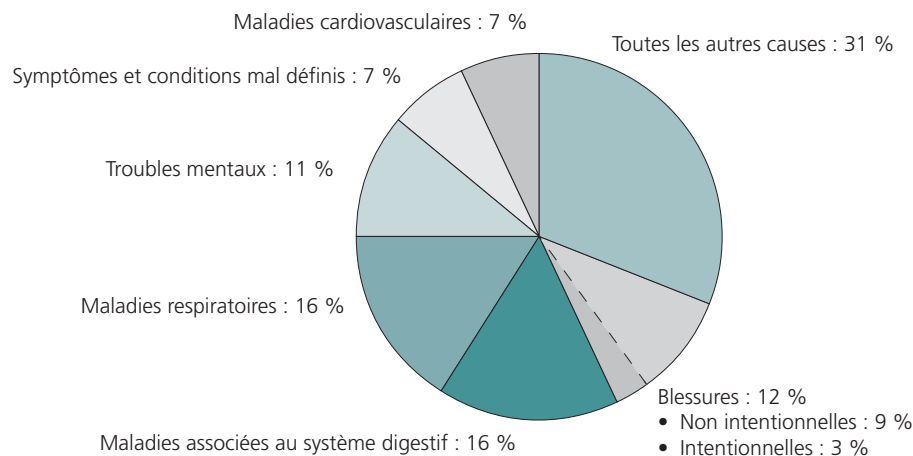
Source : Registraire général des statistiques de l'état civil, TNO



Une analyse plus approfondie des principales causes de décès par groupe d'âges fournit des informations additionnelles sur le fardeau des blessures. Contrairement au cancer, aux maladies du cœur et aux accidents vasculaires cérébraux, les blessures risquent davantage de toucher les jeunes. Entre 1990 et 1999, l'âge moyen des personnes décédées par suite de blessures était de 37,8 ans, comparativement à 63,4 ans pour toutes les autres causes de mortalité. Les blessures ont été la principale cause de décès parmi les résidents des TNO âgés de 1 à 44 ans – une période de la vie durant laquelle les individus sont habituellement en santé. Parce qu'un nombre assez important de décès résultent de blessures et qu'ils surviennent à un plus jeune âge comparativement à d'autres causes, les blessures sont la principale cause de mortalité prématurée aux Territoires du Nord-Ouest.


En excluant les hospitalisations dues aux grossesses et aux accouchements, les blessures ont été la principale cause de 12 % de toutes les hospitalisations parmi les résidents des TNO entre les années financières 1995-1996 et 1999-2000, ce qui fait d'elles la troisième principale cause d'hospitalisations. Les maladies respiratoires (comme la pneumonie, l'asthme et la bronchite aiguë), ainsi que les maladies associées au système digestif (incluant les caries dentaires, les maladies de la cavité buccale, la gastro-entérite et les colites) ont été les deux principales causes d'hospitalisation. Les blessures non intentionnelles et les blessures intentionnelles ont représenté respectivement 9 % et 3 % de toutes les hospitalisations durant cette période.

**Figure 2**  
Principales causes d'hospitalisation, TNO, 1995-1996 à 1999-2000 (à l'exception des hospitalisations liées aux grossesses) (n = 22 395)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients

*D'une part, les blessures accidentelles comme des collisions de véhicules motorisés et des noyades ont représenté 17 % de tous les décès aux TNO, en comparaison avec 4 % au Canada. D'autre part, les blessures intentionnelles ont compté pour 7 % de tous les décès aux TNO, par rapport à 2 % au Canada.*



Entre 1995 et 1999, l'âge moyen des personnes hospitalisées par suite de blessures était de 33,6 ans, comparativement à 37,7 ans pour toutes les autres causes d'hospitalisation, à l'exception de celles reliées aux grossesses ( $p < 0.05$ ). Les blessures ont été la deuxième principale cause d'hospitalisations parmi les résidents des TNO âgés entre 1 et 44 ans.<sup>b</sup>

### *Comparaisons avec le Canada*

On constate l'étendue du problème des blessures quand on établit des comparaisons avec l'ensemble du Canada, où les blessures ont représenté 6 % de tous les décès en 1996, alors qu'elles ont représenté 23 % de tous les décès aux TNO durant la même année. Les différences sont encore plus marquées quand on compare les taux de décès et d'hospitalisation résultant de blessures.

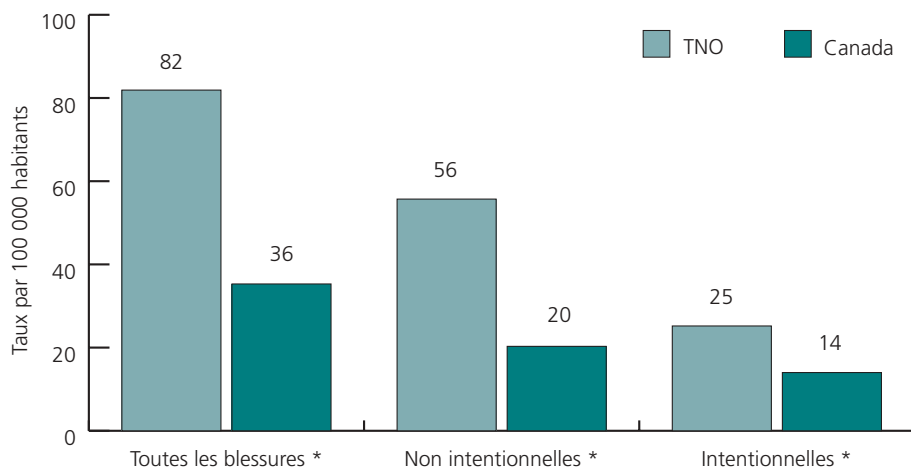
Après que les différences dans la répartition selon l'âge ont été prises en considération dans les deux populations, il ressort que les résidents des TNO sont 2,3 fois plus à risque de décéder par suite de blessures que les Canadiens en général.<sup>c</sup> La différence entre les deux populations est encore plus grande dans le cas des décès résultant de blessures non intentionnelles, le taux étant 2,7 fois plus élevé aux TNO que le taux canadien normalisé selon l'âge. Les résidents des TNO sont 1,8 fois plus à risque de décéder par suite de blessures non intentionnelles que les Canadiens en général.

<sup>b</sup> Si les hospitalisations attribuables à la carie dentaire ont également été exclues du total, les blessures étaient la cause principale des hospitalisations parmi les résidents des TNO âgés entre un an et quarante-quatre ans de 1995 à 1999.

<sup>c</sup> Puisque des personnes de groupes d'âge différents se distinguent par rapport à leur risque de décès par suite d'une blessure, toute différence relative aux taux bruts entre les populations peut provenir des différences de structures d'âge plutôt que des différences de risque de blessure. Pour radier cet effet et fournir une mesure sommaire pour la population totale, il est nécessaire de contrôler les différences de répartition par âges des deux populations. Un taux standardisé pour l'âge est une mesure courante utilisée pour effectuer des comparaisons plus justes entre les différentes populations. Dans la présente étude, les taux canadiens de 1996 ont été ajustés en utilisant comme norme la répartition par âges de la population des TNO 1990-1999. Les taux de mortalité nationaux ont tendance à varier un peu d'une année à l'autre sur une courte durée. Les taux canadiens de 1996 ont donc été utilisés à des fins de comparaison.

**Figure 3**

Taux de décès résultant de blessures intentionnelles, TNO (1990- 1999) et taux normalisés selon l'âge au Canada (1996)



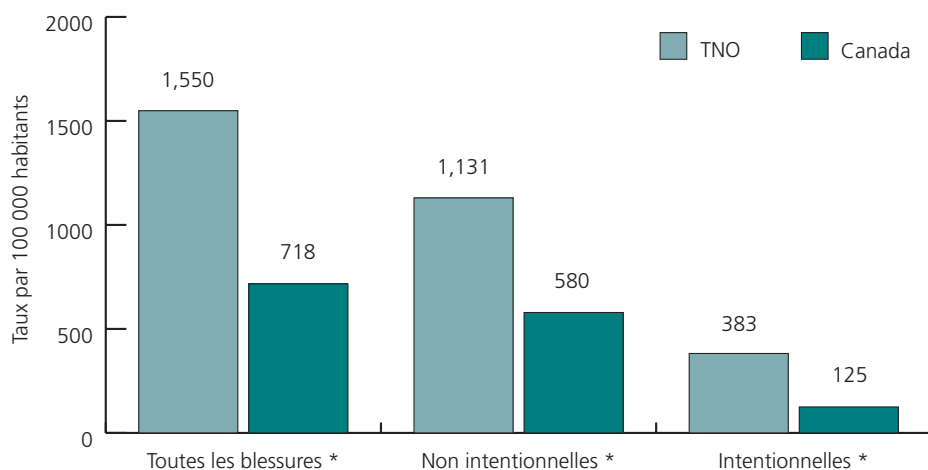
• Différence importante entre les TNO et le Canada ( $p < 0.05$ )

Sources : Registraire général des statistiques de l'état civil, TNO, et Statistique Canada

Le taux annuel moyen de diagnostics-congés pour les résidents des TNO durant les années 1995-1996 à 1999-2000 a été 2,2 fois plus élevé que le taux canadien normalisé selon l'âge en 1996. Durant la même période, le taux de blessures non intentionnelles aux TNO a été deux fois plus élevé que le taux canadien normalisé selon l'âge en 1996. Les différences entre les TNO et le Canada ont été plus marquées dans le cas des blessures intentionnelles, le taux enregistré aux TNO étant 3,1 fois plus élevé que le taux normalisé selon l'âge au Canada. Ces différences ont été observées dans tous les groupes d'âges.

**Figure 4**

Taux d'hospitalisation résultant de blessures intentionnelles, TNO (1995-1996 à 1999-2000) et taux normalisés selon l'âge au Canada (1996-1997)



• Différence importante entre les TNO et le Canada ( $p < 0.05$ )

Sources : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients, et Santé Canada

Le taux d'hospitalisation chez les résidents des TNO par suite de blessures auto-infligées était 2,2 fois plus élevé que le taux canadien normalisé selon l'âge. Après le contrôle des différences relatives à la répartition par âges des TNO et du Canada, le taux d'hospitalisation par suite de violences interpersonnelles (voies de fait) aux TNO était 5,2 fois plus élevé que le taux canadien normalisé selon l'âge de 1996.



## *Résumé*

Les blessures ont été l'une des principales causes de décès et d'hospitalisations parmi les résidents des TNO. Une des caractéristiques les plus préoccupantes des blessures tient au fait qu'elles tendent à toucher les personnes les plus jeunes. En 1990 et 1999, elles ont représenté la principale cause de décès parmi les résidents des TNO ayant moins de 74 ans. En fait, plus de résidents âgés entre 1 et 44 ans sont décédés par suite de blessures que par suite de toutes les autres causes de décès réunies. En excluant les hospitalisations dues aux grossesses et aux accouchements, les blessures ont été la deuxième principale cause de toutes les hospitalisations des résidents âgés entre 1 et 44 ans. On peut constater l'étendue du problème que constituent les blessures en comparant les TNO avec le reste du Canada. Après que les différences dans la répartition selon l'âge ont été prises en considération dans les deux populations, il ressort que les résidents des TNO sont 2,3 fois plus à risque de décéder par suite de blessures que les Canadiens en général. Le taux d'hospitalisation par suite de blessures est 2,2 fois plus élevé chez les résidents des TNO que le taux canadien normalisé selon l'âge.

# Tendances dans les taux de blessures

## Décès

Si les taux basés sur un petit nombre de cas au sein d'une petite population fluctuent dramatiquement d'une année à l'autre, il est difficile d'observer des tendances durant une période d'étude. Cette limite étant admise, la Figure 5 présente des taux de décès basés sur des moyennes mobiles de trois ans.

Le calcul de moyennes mobiles est une méthode parfois utilisée pour réduire la variabilité, quand le nombre d'observations pour une période de temps particulière est petit. Les taux ont également été normalisés selon l'âge pour contrôler les changements potentiels dans la répartition de l'âge de la population des Territoires du Nord-Ouest sur la période de dix ans.

Un déclin graduel a été observé dans le taux général de décès par suite de blessures durant la majeure partie des années 1990, qui est passé de 95 par 100 000 habitants entre 1992 et 1994 à un taux annuel moyen de 69 par 100 000 habitants durant la période 1997-1999. Cependant, cette baisse n'est pas statistiquement significative.

On constate d'autres tendances générales non significatives dans les décès résultant de blessures non intentionnelles durant les années 1990. Les taux sont passés d'une moyenne annuelle de 55 par 100 000 habitants durant la période 1990-1992 à 77 par 100 000 habitants entre 1992 et 1994, pour se situer à 42 par 100 000 habitants entre 1997 à 1999. Ni cette hausse ni cette baisse ne sont statistiquement significatives.

Le taux de décès résultant de blessures intentionnelles a baissé au début des années 1990, passant de 31 par 100 000 habitants entre 1990 à 1993 à 15 par 100 000 habitants entre 1994 et 1996, pour ensuite s'élever à 27 par 100 000 habitants entre 1997 et 1999.<sup>d</sup> Ici, la tendance à la baisse au début des années 1990 et la hausse durant la seconde moitié de la décennie ont été statistiquement significatives ( $p < 0.05$ ).

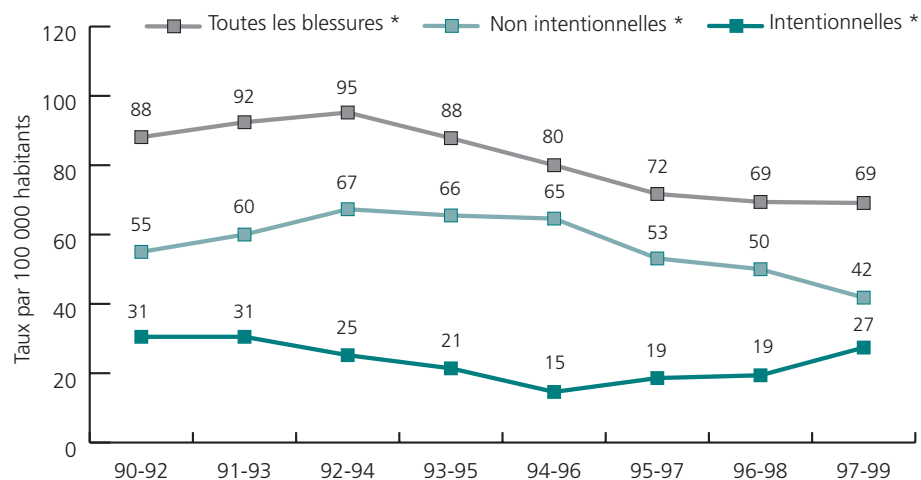
<sup>d</sup> Les blessures accidentelles et intentionnelles ne comprennent pas toutes les blessures pour tous les délais précis, car les taux des « indéterminées » ne sont pas indiqués.

## Scénario de blessure # 2

*Un jeune père et sa famille retournaient à la maison en voiture après avoir passé leurs vacances en Colombie-Britannique. Se sentant fatigué après douze heures de conduite, il a décidé malgré tout de continuer. Sa fille de trois ans dormait sur le siège arrière. Cependant, elle ne dormait pas dans un siège d'auto. Sa femme faisait un petit somme dans le siège du passager avant. À moitié endormi, le père a laissé le véhicule virer sur le bord de la route où il a heurté une parcelle de gravier. Le père a perdu la maîtrise de sa voiture qui a abouti dans un fossé. L'impact a projeté violemment sa fille contre le dos du siège de sa mère. Elle a subi des traumatismes crâniens et médullaires graves. Le père, qui ne portait pas de ceinture de sécurité, a été projeté et est décédé. Sa femme portait une ceinture de sécurité et n'a subi que des blessures mineures.*

Figure 5

Taux de décès résultant de blessures normalisés selon l'âge, TNO, 1990-1992 à 1997-1999 (moyenne mobile sur une période de trois ans)



Source : Registraire général des statistiques de l'état civil, TNO

## Hospitalisations

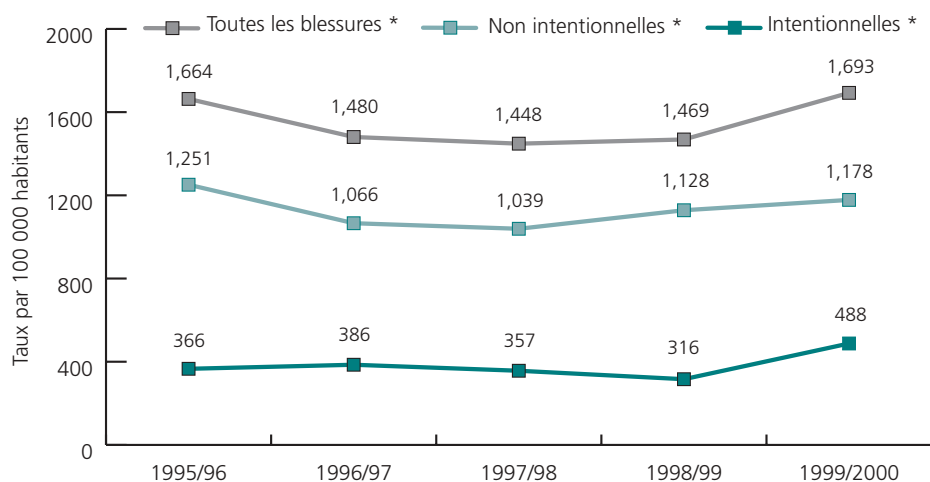
Il n'y a pas eu un changement significatif dans le taux d'hospitalisation pour toutes les blessures entre les années financières 1995-1996 et 1999-2000. Le taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge a été de 1,664 par 100 000 habitants en 1995-1996, comparativement à 1,693 par 100 000 habitants en 1999-2000. Les taux d'hospitalisation pour toutes les blessures n'ont pas indiqué un changement significatif durant cette période, passant de 1,252 par 100 000 habitants durant l'année financière 1995-1996 à 1,178 par 100 000 en 1999-2000.

La tendance générale dans les hospitalisations résultant de blessures intentionnelles n'a pas indiqué un changement significatif entre 1995-1996 et 1999-2000. Les taux ont été plutôt constants entre 1995-1996 et 1998-1999, fluctuant entre 316 par 100 000 habitants et 386 par 100 000 habitants, pour grimper à 488 par 100 000 habitants en 1999-2000.<sup>e</sup>

e Les blessures accidentelles et intentionnelles ne comprennent pas toutes les blessures pour tous les délais précis, car les taux des « indéterminées » ne sont pas indiqués.

**Figure 6**

Taux d'hospitalisation résultant de blessures normalisés selon l'âge, TNO, 1995-1996 à 1999-2000



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients

## Résumé

Bien qu'il semble y avoir eu un léger recul dans le taux général de décès par suite de blessures aux TNO durant la majeure partie des années 1990, cette baisse n'a pas été statistiquement significative. Il n'y a pas eu de changements importants dans les taux d'hospitalisation par suite de blessures entre les années financières 1995-1996 et 1999-2000.

## Scénario de blessure # 3

*Une tout-petite entre dans la cuisine pendant que sa mère y prépare le thé pour ses invités. Sa mère vient de faire bouillir l'eau dans une bouilloire électrique dont la corde pend du comptoir. Pendant que sa mère a le dos tourné, la tout-petite tire sur la corde. La bouilloire tombe sur elle et la brûle au visage et au tronc supérieur.*





# Types de blessures

La section suivante examine l'importance relative des différentes causes de blessures parmi des groupes spécifiques de résidents des Territoires du Nord-Ouest. Il importe de garder à l'esprit que le pourcentage de blessures attribuées à des causes particulières n'indique pas quels groupes ont les *taux* les plus élevés ou le risque de blessure due à cette cause. Par exemple, les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur ont représenté 23 % de tous les décès résultant de blessures chez les enfants de moins de 15 ans, comparativement à 12 % chez les personnes âgées de 25 à 34 ans, mais le *taux* de mortalité due à cette cause a été plus élevé parmi les personnes âgées de 25 et 34 ans (10,8 par 100 000 personnes comparativement à 6,1 par 100 000 personnes). Cependant, l'analyse qui suit fournit une indication sur les types de blessures les plus importants pour différents groupes d'âges au sein de la population des TNO. Immédiatement après cette section, un examen des groupes qui risquent le plus de décéder ou d'être hospitalisés par suite de blessures est présenté.

## Décès

Les suicides ont été la principale cause de décès résultant de blessures entre 1990 et 1999, comme l'indiquent 78 décès rapportés (24 %). Des armes à feu ont été utilisées dans 65 % des suicides. La suffocation (par pendaison) a été la deuxième méthode de suicide la plus utilisée (18 %).

Les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur ont été la deuxième principale cause de décès résultant de blessures (55 cas ou 17 %). Cette catégorie inclut tous les décès par suite de blessures dans des accidents de circulation impliquant des automobiles, des fourgonnettes, des camions et des motocyclettes circulant sur des voies publiques ou des routes. Elle regroupe aussi les passagers et les conducteurs de ces véhicules motorisés, de même que les cyclistes et les piétons qui ont été happés par un véhicule à moteur sur une voie publique.

Les blessures associées à d'autres modes de transport incluent celles qui résultent de l'utilisation de motoneiges, de véhicules tout-terrain ou d'autres véhicules à moteur qui ne doivent pas circuler sur les voies publiques. Elles incluent également les blessures résultant d'écrasements d'avions ou d'incidents à bord d'embarcations (à l'exception des noyades). Six pour cent (6 %) des décès résultant de blessures entrent dans cette catégorie. Presque tous les autres décès sont survenus lors d'accidents de motoneiges. Si cette catégorie était combinée aux accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur, les accidents associés au transport représenteraient 22 % de tous les décès résultant de blessures.

Les noyades ont été la troisième cause principale de décès résultant de blessures (11 %). La plupart des décès qui entrent dans cette catégorie ont été causés par une submersion, alors que les personnes sont tombées à l'eau pendant qu'elles

*Le comportement suicidaire ne peut être caractérisé par un phénomène à prédominance masculine ou féminine. Alors que presque sept fois plus d'hommes que de femmes étaient plus susceptibles de mourir par suite d'un suicide, les femmes étaient hospitalisées par suite de blessures auto-infligées à un rythme deux fois plus élevé que celui des hommes. Il semble que les hommes qui tentent de se suicider sont plus susceptibles d'utiliser des moyens mortels, comme les armes à feu, ce qui augmente leur probabilité d'achever l'acte.*

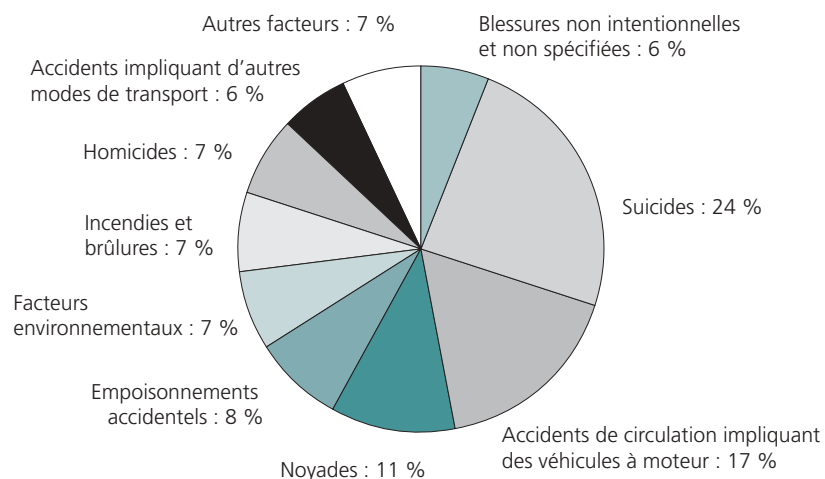
étaient à bord d'une embarcation. Parmi les autres importantes causes de noyades, mentionnons les activités associées à la nage et les chutes dans l'eau à partir d'une rive ou à travers des glaces.

Les empoisonnements accidentels ont été la quatrième principale cause de décès résultant de blessures (9 %). Cette catégorie inclut les décès non intentionnels causés par les effets toxiques de drogues, de substances médicinales, de l'alcool, des aliments ou d'autres substances solides ou liquides, ainsi que les gaz (comme le monoxyde de carbone). Soixante et un pour cent (61 %) des décès qui entrent dans cette catégorie ont été causés par une intoxication alcoolique aiguë.

Les facteurs environnementaux ont représenté 7 % de tous les décès résultant de blessures. Presque tous les décès ont été causés par une exposition à des températures très froides. Les incendies et les brûlures ont représenté 7 % de tous les décès résultant de blessures. Cette catégorie inclut les décès causés par le feu et les flammes, de même que l'inhalation de fumées. Elle n'inclut pas les brûlures provenant du courant électrique, de l'exposition à des radiations ou d'explosions de matières combustibles. Les incendies d'immeubles, principalement dans les résidences privées, ont été la principale cause de décès associés au feu et aux flammes.

La violence interpersonnelle a représenté 7 % de tous les décès résultant de blessures. Un quart de tous les décès dus à une violence interpersonnelle aux TNO entre 1990 et 1999 sont survenus lors d'un seul événement, soit lors d'une explosion délibérément provoquée dans une mine. Dans le cas d'un tiers des décès qui entrent dans cette catégorie, les victimes ont été poignardées.

**Figure 7**  
Principales causes de décès résultant de blessures, TNO, 1990-1999



Source : Registraire général des statistiques de l'état civil, TNO

L'importance relative des diverses causes de blessures mortelles a varié selon l'âge (Tableau 1). Les incendies de résidences, les accidents de circulation impliquant des véhicules automobiles et les noyades ont été les principales causes de décès chez les enfants de moins de 15 ans. Les suicides ont été la principale cause de décès résultant de blessures parmi les résidents des TNO âgés de 15 à 64 ans. Les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur ont également été une importante cause de décès résultant de blessures dans ce groupe d'âges, arrivant au deuxième rang chez les personnes âgées de 15 à 24 ans et entre 35 et 44 ans, et au troisième rang chez les personnes âgées de 25 à 34 ans et de 45 à 64 ans.

Les noyades ont aussi été une importante cause de décès résultant de blessures chez les adultes des TNO, arrivant au troisième rang parmi les personnes âgées de 15 à 24 ans, au deuxième rang chez les personnes âgées de 25 à 34 ans et au quatrième rang chez les personnes appartenant aux trois groupes de personnes les plus âgées. Les homicides comptaient parmi les cinq principales causes de décès résultant de blessures chez tous les groupes d'âges entre 15 et 64 ans. Les empoisonnements accidentels ont aussi été une cause importante, arrivant au troisième rang chez les personnes âgées de 35 à 44 ans (18 %) et au second rang chez les personnes âgées de 45 à 64 ans (14 %).

Chez les personnes âgées, la cause de décès par suite de blessures n'a pas été spécifiée dans 35 % des cas. Des complications résultant de fractures à la hanche ou au haut de la jambe ont compté pour 11 des 16 décès dans cette catégorie, bien que rien ne soit connu au sujet des causes sous-jacentes à ces fractures. À supposer que toutes ces fractures avaient résulté de chutes, les complications dues aux chutes auraient été de loin la principale cause de décès résultant de blessures chez les personnes âgées (37 %). Les chutes ont été identifiées comme étant la cause de 13 % des décès résultant de blessures chez les personnes âgées dans l'actuelle base de données sur la mortalité. Une exposition à des températures très froides a également été une autre cause importante ayant contribué aux décès résultant de blessures au sein de ce groupe d'âges (17 %).

*« Le risque de blessure varie selon chaque période de la vie, ce qui correspond à la croissance et au développement humains normaux. Les jeunes enfants, par exemple, sont plus petits dans un monde principalement centré sur la taille adulte. Leur coordination limitée, leur mauvaise appréciation des distances et leur manque d'expérience et de curiosité les rendent plus susceptibles de chuter, de s'empoisonner, de suffoquer et de se noyer. En grandissant, les jeunes commencent à vivre de nouvelles expériences, y compris conduire et travailler. Leur expérience et leur sentiment d'invincibilité rendent les jeunes, surtout les garçons, susceptibles de se blesser. Un manque d'expérience accompagné de l'abus d'alcools et de stupéfiants et d'une prise de risque élevé engendrent de graves résultats – même mortels. »*

Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario 2002. *Injury : Predictable and Preventable* (p. 14), 2002.

**Tableau 1**

Principales causes de décès résultant de blessures par groupe d'âges, TNO, 1990-19999

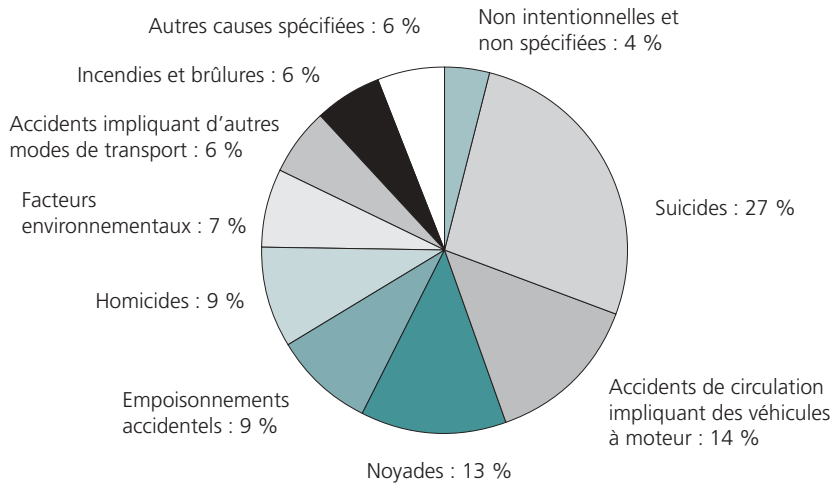
Rang	Groupe d'âges					
	0 - 14 (n=30)	15 - 24 (n=68)	25 - 34 (n=73)	35 - 44 (n=56)	45 - 64 (n=58)	65+ (n=46)
1	Incendies et brûlures (30 %)	Suicides (40 %)	Suicides (25 %)	Suicides (30 %)	Suicides (19 %)	Blessures non intentionnelles et non spécifiées (35 %)
2	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (23 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (26 %)	Noyades (18 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (21 %)	Empoisonnements accidentels (14 %)	Facteurs environnementaux (17 %)
3	Noyades (17 %)	Noyades, facteurs environnementaux et homicides (7 % chacun)	Accidents impliquant des véhicules à moteur, accidents impliquant d'autres modes de transport et homicides (12 % chacun)	Empoisonnements accidentels (18 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (12 %)	Chutes (13 %)
4	Suffocations (10 %)	Accidents impliquant d'autres modes de transport (6 %)	Incendies, brûlures et empoisonnements (5 % chacun)	Noyades (7 %)	Incendies, brûlures, homicides et noyades (10 % chacun)	Noyades, empoisonnements accidentels (9 % chacun)
5	Accidents impliquant d'autres modes de transport, suicides (7 % chacun)	Empoisonnements accidentels (3 %)	Facteurs environnementaux (4 %)	Homicide (5 %)	Facteurs environnementaux (9 %)	Suicides (7 %)

Source : Registraire général des statistiques de l'état civil, TNO

Les suicides ont été la principale cause de décès résultant de blessures chez les hommes (27 % du total). La deuxième principale cause de décès résultant de blessures chez les hommes a été les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (14 %). Les noyades arrivent au troisième rang chez les hommes (13 %), suivies des empoisonnements accidentels (9 %) et des homicides (9 %).

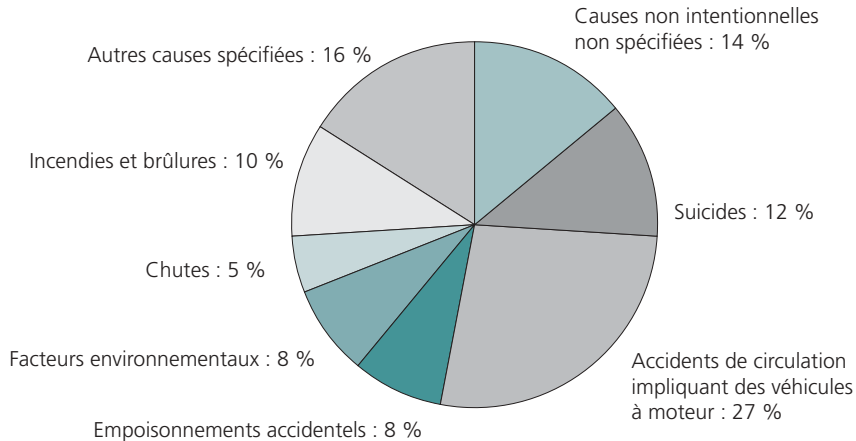
Les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur ont été la principale cause de décès résultant de blessures chez les femmes (17 %). Les suicides arrivent au deuxième rang (12 %), suivis des incendies et des brûlures – principalement dans les résidences – (10 %). Les empoisonnements accidentels et les facteurs environnementaux – surtout l'exposition à des températures très froides – ont représenté chacun 8 % de tous les décès résultant de blessures chez les femmes.

**Figure 8**  
Principales causes de décès résultant de blessures chez les hommes,  
TNO, 1990-1999 (n = 258)



Source : Registraire général des statistiques de l'état civil, TNO

**Figure 9**  
Principales causes de décès résultant de blessures chez les femmes,  
TNO, 1990-1999 (n = 73)



Source : Registraire général des statistiques de l'état civil, TNO

Les suicides ont été la principale cause de décès résultant de blessures parmi les Inuits, ainsi que chez les Métis et les non-Autochtones (représentant respectivement 33 % et 32 % de tous les décès résultant de blessures). Ils ont été la troisième cause de mortalité chez les Dénés (12 %). Les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur ont été la principale cause de mortalité chez les Dénés (19 %) et la deuxième cause de mortalité chez les Inuits (12 %), les Métis et les non-Autochtones (17 %). Les noyades ont été la deuxième cause de mortalité chez les Dénés (16 %) et la troisième principale cause de mortalité chez les Inuits (10 %).

« Les enfants qui jouent avec le feu, les occupants qui fument et qui consomment de l'alcool constituent des facteurs importants dans la plupart des cas d'incendies résidentiels aux TNO. »

Affaires communautaires et municipales des Territoires du Nord-Ouest. Office of the Fire Marshal 1999 Annual Report. Yellowknife, NT (p.13), 1999.



Les suicides ont été la principale cause de décès résultant de blessures dans les trois types de collectivités, suivis au deuxième rang des accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur. Durant la même période, les noyades ont été la troisième principale cause de décès résultant de blessures dans les plus petites collectivités (16 %); les facteurs environnementaux ont été la troisième principale cause de décès résultant de blessures dans les centres régionaux (12 %); et les empoisonnements accidentels ont été la troisième principale cause de décès résultant de blessures parmi les résidents de Yellowknife (14 %).

**Tableau 2**  
Principales causes de décès résultant de blessures par groupe ethnique et par type de collectivité, TNO, 1990-1999

Rang	Groupe ethnique			Type de collectivité		
	Dénés (n=138)	Inuits (n=67)	Métis et non-Autochtones (n=126)	Yellowknife (n=92)	Centres régionaux (n=83)	Plus petites collectivités (n=156)
1	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (19 %)	Suicides (33 %)	Suicides (32 %)	Suicides (27 %)	Suicides (27 %)	Suicides (20 %)
2	Noyades (16 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (12 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (17 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (18 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (18 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (15 %)
3	Facteurs environnementaux (13 %)	Noyades et Empoisonnements accidentels (10 % chacun)	Empoisonnements accidentels (9 %)	Empoisonnements accidentels (14 %)	Facteurs environnementaux (12 %)	Noyades (16 %)
4	Suicides (12 %)	Autres modes de transport, incendies et brûlures (9 % chacun)	Noyades, homicides et autres modes de transport (6 % chacun)	Noyades et homicides (8 % chacun)	Causes non intentionnelles et non spécifiées (8 %)	Homicides (10 %)
5	Homicides (9 %)	Facteurs environnementaux (7 %)	Incendies et brûlures (5 %)	Causes non intentionnelles et non spécifiées (5 %)	Incendies et brûlures (7 %)	Incendies et brûlures (9 %)

Source : Registraire général des statistiques de l'état civil, TNO

## Hospitalisations

Dans l'ensemble, les chutes ont été la principale cause des hospitalisations (920 diagnostics-congés entre 1995-1996 et 1999-2000, ou 28 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures). Les chutes causées par le fait de glisser ou de trébucher ont représenté 33 % des hospitalisations dans cette catégorie. Les chutes d'un niveau à un autre (comme les chutes de chaises), les chutes d'un quai ou d'un équipement de terrain de jeux ont représenté 20 % des cas. Les chutes d'escalier ou de marches ont représenté 13 % de toutes les

hospitalisations résultant de blessures causées par des chutes. Les chutes d'échelles et d'échafauds ont représenté 3 % des hospitalisations résultant de blessures causées par des chutes. Cependant, 28 % de toutes ces hospitalisations ont été non spécifiées.

Les automutilations ont été la deuxième principale cause des hospitalisations résultant de blessures, représentant 13 % des cas. Les empoisonnements avec des drogues ou des substances médicinales ont été, de loin, la méthode la plus utilisée dans les automutilations ayant nécessité une hospitalisation (75 % de tous les cas d'automutilations). Les autres 9 % sont venus d'empoisonnements avec des substances non spécifiées. Durant la même période, 10 % des automutilations étaient des coupures.

Les blessures résultant de voies de fait ont constitué également une cause importante d'hospitalisations (12 %). Plus de la moitié des hospitalisations dans cette catégorie (58 %) ont été dues à des blessures subies dans des combats non armés ou des bagarres. Les mauvais traitements ont représenté les autres 11 % des hospitalisations associées à une violence interpersonnelle. Les voies de fait commises avec un couteau ou un objet pointu ont conduit à 10 % des hospitalisations dans cette catégorie et, dans 7 % des hospitalisations, les blessures ont été causées par l'utilisation d'un objet contondant.

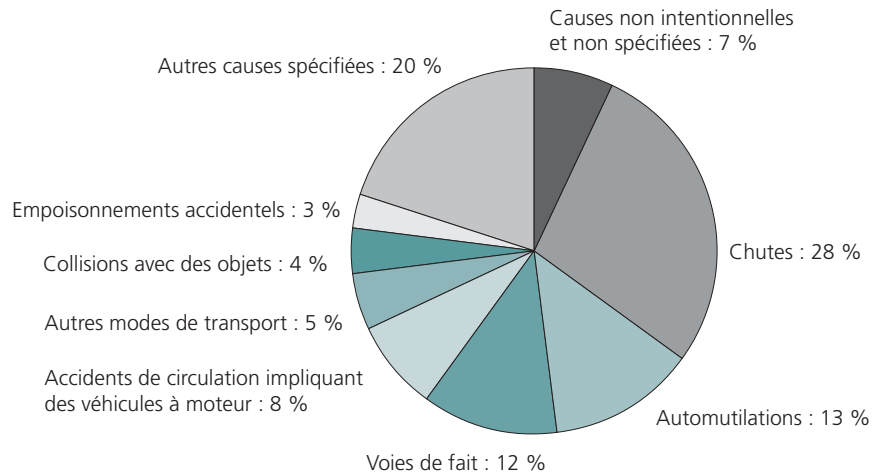
Les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur ont donné lieu à 8 % des hospitalisations résultant de blessures. Les personnes blessées ont été identifiées comme étant des personnes transportées (conducteurs ou passagers) dans 64 % des hospitalisations sous cette catégorie. Les piétons happés par un véhicule à moteur ont représenté 13 % des hospitalisations. Des enfants de moins de 15 ans ont constitué un pourcentage important de ces piétons.

Les accidents impliquant des véhicules à caractère non routier, comme les motoneiges et les véhicules tout-terrain (VTT) ont représenté 5 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures. Les accidents impliquant des motoneiges ont représenté 65 % des hospitalisations dans cette catégorie. Contrairement aux motoneiges, il n'existe pas un code défini pour les accidents impliquant les véhicules tout-terrain (VTT). Toutefois, étant donné l'utilisation largement répandue de ces véhicules aux Territoires du Nord-Ouest, il semble probable qu'un grand nombre de cas regroupés sous cette catégorie impliquent des VTT.

*Les accidents arrivent en un instant: tenter d'atteindre l'étagère d'en haut en se plaçant debout sur une chaise, trébucher sur des promenades irrégulières ou un tapis, glisser sur la glace, sortir du bain, se lever d'une chaise ou d'un lit. Il y a de nombreuses façons de glisser, de trébucher ou de perdre l'équilibre et tomber. Chez les personnes âgées, les accidents entraînent souvent une blessure qui dans certains cas donne lieu à une hospitalisation ou même la mort.*

Scott V. et al. *Prevention of Falls and Injuries Among the Elderly : A Special Report From the Office of the Provincial Health Officer*. Ministère de la Santé et de la Planification de la Colombie-Britannique. Victoria, 2004.

**Figure 10**  
Principales causes d'hospitalisation résultant de blessures,  
TNO, 1995-1996 à 1999-2000 (n = 3 220)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients

La principale cause des hospitalisations résultant de blessures a varié selon l'âge. Chez les enfants de moins de 15 ans, les chutes ont été la principale cause (36 %), bien que les empoisonnements accidentels et les automutilations aient également été des causes importantes dans cette catégorie (8 % chacun). Les automutilations ont été la principale cause des hospitalisations résultant de blessures chez les adolescents et les jeunes adultes de 15 à 24 ans (26 %), suivies des voies de fait (16 %). Durant la même période, les voies de fait ont été la principale cause des hospitalisations chez les personnes âgées de 25 à 34 ans, suivies des automutilations (16 %). Les chutes et les accidents impliquant des véhicules à moteur ont aussi été des causes importantes d'hospitalisation dans ces deux groupes d'âges.

Les chutes non intentionnelles ont été la principale cause d'hospitalisation résultant de blessures chez les personnes âgées de 35 ans et plus. Les automutilations arrivent au deuxième rang chez les gens âgés de 35 à 44 ans, représentant 16 % des cas, et les voies de fait au troisième rang (14 %). Les blessures non intentionnelles et non spécifiées ont été la deuxième plus importante cause d'hospitalisation chez les personnes âgées de 45 ans et plus, et la quatrième cause parmi les gens de 35 à 44 ans. Environ le tiers de toutes les blessures dans cette catégorie ont été des fractures dont les causes sont non spécifiées. Si la plupart des fractures non spécifiées étaient vraiment dues à des chutes, le pourcentage des hospitalisations dues aux chutes augmenterait considérablement. Les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur ont également été une cause importante des hospitalisations résultant de blessures chez les gens âgés de 35 ans et plus.



**Tableau 3**

Principales causes d'hospitalisation résultant de blessures par groupe d'âges, TNO, 1995-1996 à 1999-2000

Rang	Groupe d'âges					
	0 - 14 (n=550)	15 - 24 (n=548)	25 - 34 (n=667)	35 - 44 (n=534)	45 - 64 (n=576)	65+ (n=345)
1	Chutes (36 %)	Automutilations (26 %)	Voies de fait (20 %)	Chutes (24 %)	Chutes (33 %)	Chutes (68 %)
2	Empoisonnements et automutilations (8 % chacun)	Voies de fait (16 %)	Automutilations (16 %)	Automutilations (16 %)	Causes non intentionnelles et non spécifiées (11 %)	Causes non intentionnelles et non spécifiées (8 %)
3	Facteurs environnementaux accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur et d'autres modes de transport, collisions avec des objets (5 % chacun)	Chutes, accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (12 % chacun)	Chutes (15 %)	Voies de fait (14 %)	Voies de fait (9 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur, voies de fait (4 % chacun)
4		Accidents impliquant d'autres modes de transport (7 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (10 %)	Causes non intentionnelles et non spécifiées (7 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (8 %)	Surmenage, facteurs environnementaux autres modes de transport (2 % chacun)
5		Coupures, perforations (5 %)	Causes non intentionnelles et non spécifiées (7 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (6 %)	Automutilations : (7 %)	

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients

Les chutes non intentionnelles ont été la principale cause d'hospitalisation résultant de blessures à la fois chez les hommes (28 %) et les femmes (33 %). Toutefois, les automutilations ont constitué 21 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures chez les femmes, comparativement à 7 % chez les hommes. Durant la même période, la violence interpersonnelle a représenté 13 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures chez les hommes, et 9 % chez les femmes.

Les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur ont représenté 8 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures chez les hommes<sup>f</sup>, et 7 % chez les femmes. Les accidents impliquant des véhicules à caractère non routier ont représenté 6 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures chez les hommes, comparativement à 3 % chez les femmes. Trois pour cent (3 %) des hospitalisations résultant de blessures chez les femmes ont été causées par des empoisonnements accidentels, principalement l'ingestion non intentionnelle de substances médicinales. Le surmenage et les activités ardues ont été à l'origine de 3 % des hospitalisations résultant de blessures. Les personnes faisant des sports

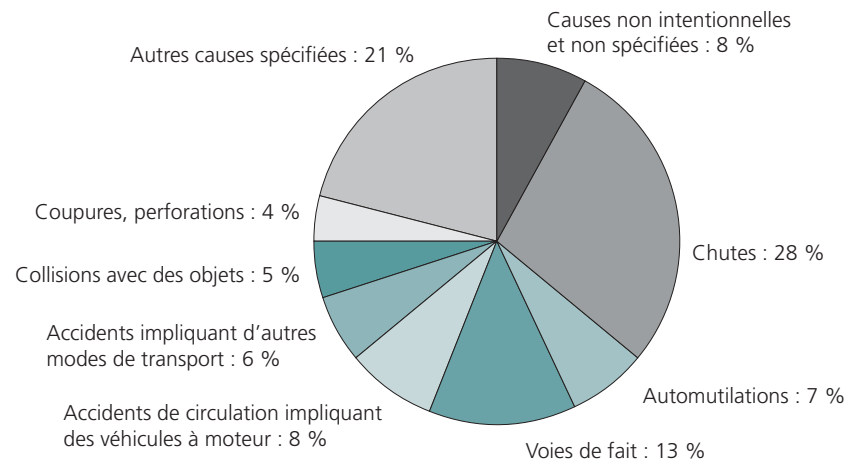
<sup>f</sup> Les accidents de motoneige représentaient la plupart de ces cas (70 %).

« L'une des toutes premières possibilités que vous avez de protéger votre bébé est votre premier voyage en voiture ensemble... Les sièges d'auto, utilisés convenablement, préviennent une grande partie de ces blessures. En se servant chaque fois d'un siège d'auto au départ, votre enfant considérera ce mode de transport comme le seul qui soit convenable. »

Alberta Health. *Safe and Secure : A Guide to Prevention of Injuries to Preschoolers* (p.4).

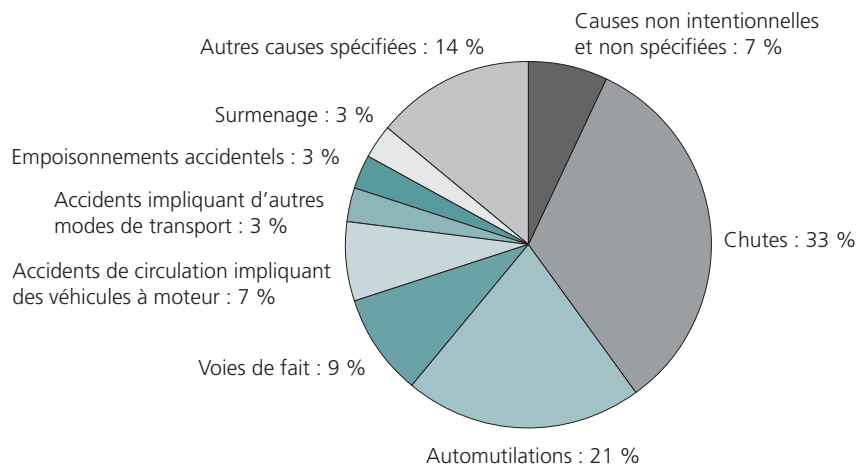
ou participant à d'autres activités représentaient 5 % de toutes les hospitalisations par suite de blessures chez les hommes. Des coupures accidentelles subies par des outils à main ou d'autres machines à couper représentaient jusqu'à 4 %.

**Figure 11**  
Principales causes d'hospitalisation résultant de blessures chez les hommes, TNO, 1995-1996 à 1999-2000 (n = 1924)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients

**Figure 12**  
Principales causes d'hospitalisation résultant de blessures chez les femmes, TNO, 1995-1996 à 1999-2000 (n = 1296)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients

Les chutes ont été la principale cause des hospitalisations résultant de blessures chez les Dénés (31 %), les Métis et les non-Autochtones (29 %). Les automutilations et les chutes ont été les principales causes chez les Inuits (21 % chacune). La violence interpersonnelle a été la deuxième principale cause d'hospitalisation chez les Dénés (15 %) et les Inuits (14 %), alors que les automutilations sont arrivées au deuxième rang chez les Métis et les non-Autochtones (11 %).

Les blessures dans les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur ont compté parmi les cinq principales causes d'hospitalisation résultant de blessures dans les trois groupes ethniques. Les accidents impliquant des véhicules à caractère non routier ont représenté la principale cause d'hospitalisation résultant de blessures chez les Dénés et les Inuits.

**Tableau 4**

Principales causes d'hospitalisation résultant de blessures par groupe ethnique et par type de collectivité, TNO, 1995-1996 à 1999-2000

Rang	Groupe ethnique			Type de collectivité		
	Dénés (n=1,393)	Inuits (n=540)	Métis et non-Autochtones (n=1,287)	Yellowknife (n=1,014)	Centres régionaux (n=1,063)	Plus petites collectivités (n=1,143)
1	Chutes (31 %)	Chutes, automutilations (21 % chacune)	Chutes (29 %)	Chutes (28 %)	Chutes (28 %)	Chutes (29 %)
2	Voies de fait (15 %)	Voies de fait (14 %)	Automutilations (11 %)	Automutilations (13 %)	Automutilations (13 %)	Voies de fait (14 %)
3	Automutilations (12 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur, accidents impliquant d'autres modes de transport, causes non intentionnelles et non spécifiées (6 % chacun)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (9 %)	Voies de fait (11 %)	Voies de fait (10 %)	Automutilations (13 %)
4	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur, causes non intentionnelles et non spécifiées (7 % chacun)	Empoisonnements accidentels (4 %)	Voies de fait, causes non intentionnelles et non spécifiées (7 % chacune)	Causes non intentionnelles et non spécifiées (8 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (9 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (7 %)
5	Accidents impliquant d'autres modes de transport (4 %)	Facteurs environnementaux (3 %)	Collisions avec des objets (6 %)	Accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur (7 %)	Causes non intentionnelles et non spécifiées (7 %)	Accidents impliquant d'autres modes de transport; causes non intentionnelles et non spécifiées (6 % chacun)

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients

Les principales causes d'hospitalisation résultant de blessures ont été similaires dans les trois types de collectivités. Les chutes ont été la principale cause dans les trois types de collectivités (28 % à Yellowknife, 28 % dans les centres régionaux et 29 % dans les plus petites collectivités). Les automutilations et les blessures causées par une violence interpersonnelle ont été respectivement la deuxième et la troisième causes d'hospitalisation résultant de blessures dans les trois types de collectivités. Les accidents de circulation impliquant des véhicules

*Le Comité de prévention des blessures de la Société canadienne de pédiatrie a publié des énoncés recommandant une interdiction de l'usage des VTT chez les enfants de moins de 14 ans. Les VTT sont de lourdes machines puissantes qui sont essentiellement instables en raison de leur centre de gravité élevé.*

Comité de prévention des accidents de la Société canadienne de pédiatrie.



à moteur ont été la cinquième cause d'hospitalisation résultant de blessures chez les résidents de Yellowknife et la quatrième cause chez les résidents des centres régionaux (9 %) et des plus petites collectivités (7 %). Les blessures causées dans des accidents de véhicules à caractère non routier – principalement les motoneiges – ont représenté la cinquième principale cause d'hospitalisation résultant de blessures chez les résidents des plus petites collectivités.<sup>g</sup>

## *Résumé*

Le terme « blessure » regroupe plusieurs types de lésions (par exemple, les traumatismes crâniens, les fractures et les brûlures), chacune d'elles pouvant résulter de multiples causes externes ou de mécanismes. Les suicides ont été la principale cause de mortalité par suite de blessures aux TNO, représentant 24 % des décès. Les automutilations (ou les blessures volontaires) ont représenté la deuxième cause des hospitalisations résultant de blessures (13 %). Les accidents de circulation impliquant des automobiles, des camions et des motocyclettes sur les chemins publics et les routes ont représenté 17 % de tous les décès résultant de blessures et 8 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures. Les blessures associées à d'autres modes de transport, incluant les motoneiges, les autres véhicules à caractère non routier et les avions ont représenté 6 % des décès et 5 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures. En comptant les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur et les autres modes de transport, on estime que les accidents de véhicules ont représenté 23 % de tous les décès résultant de blessures et 13 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures aux Territoires du Nord-Ouest pendant la période étudiée. Les noyades ont aussi été une cause importante des décès résultant de blessures, car elles ont représenté 11 % des décès. Durant la même période, les chutes non intentionnelles ont été la principale cause des hospitalisations résultant de blessures, représentant 28 % de tous les cas. Les blessures causées par une violence interpersonnelle ont également été une cause importante des hospitalisations résultant de blessures (12 %).

<sup>g</sup> Cette cause représentait 4 % des résidents de Yellowknife et 4 % des résidents des centres régionaux.

# Qui se blesse?

Les blessures ne sont pas des événements aléatoires, mais plutôt des modèles qui indiquent qui sont les personnes qui se blessent et les facteurs de risque associés aux blessures. Bien qu'elles puissent affecter toute personne, les blessures tendent à se répartir dans différents groupes de personnes. La population des TNO peut être divisée en différents groupes selon l'âge, le sexe, le groupe ethnique et le lieu de résidence. Toutes ces caractéristiques influencent les expériences de vie et les croyances des personnes et, donc, les facteurs de risque auxquels elles sont exposées, de même que la manière dont elles réagissent aux efforts de prévention. En examinant les groupes qui sont le plus touchés par les blessures, il est possible de cibler les efforts de prévention là où ils peuvent avoir le plus de répercussions et de concevoir des programmes de prévention adaptés à leurs besoins, à leurs préférences et à leurs conditions particulières. Le présent rapport expose une vue d'ensemble des taux de décès et d'hospitalisation résultant de blessures chez certains groupes. Les personnes intéressées à savoir quels groupes sont le plus à risque de subir telle ou telle blessure parmi les plus courantes devraient consulter le rapport statistique plus détaillé intitulé *Injury in the Northwest Territories : A Descriptive Report*.

## Âge et sexe

Les décès et les hospitalisations résultant de blessures diffèrent selon l'âge et le sexe. En général, la plupart des décès et des hospitalisations touchent les personnes âgées de 15 à 44 ans. Toutefois, les blessures demeurent une préoccupation importante tout au long de la vie. En fait, les personnes âgées risquent le plus de décéder ou d'être hospitalisées par suite de blessures. De manière générale, les hommes risquent davantage de se blesser que les femmes.

### Décès

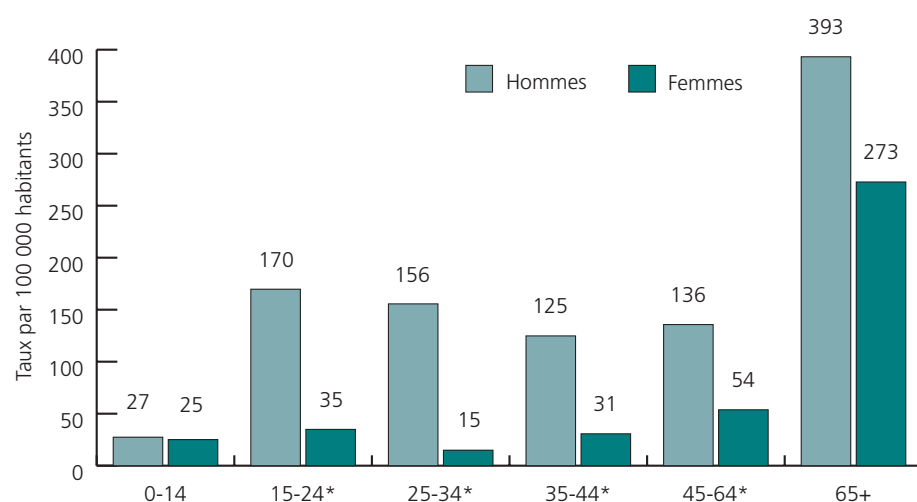
Le nombre et les taux de décès et d'hospitalisation résultant de blessures varient considérablement selon l'âge. Durant la période étudiée, les enfants de moins de 15 ans ont représenté 9 % de tous les décès résultant de blessures, alors que le taux de décès par suite de blessures a été de 43 % dans le cas des personnes âgées de 15 à 34 ans. Les personnes âgées de 65 ans et plus (3 % de la population des TNO) ont représenté 14 % de tous les décès résultant de blessures. En conséquence, ce groupe d'âges a eu le taux de décès résultant de blessures le plus élevé (335 par 100 000 habitants). Presque tous les décès résultant de blessures chez les personnes âgées ont été non intentionnels. Les enfants de moins de 15 ans ont eu le taux de décès résultant de blessures le moins élevé (26 par 100 000 habitants). Le taux de décès résultant de blessures a été de 105 par 100 000 habitants chez les jeunes personnes âgées de 15 à 24 ans, alors qu'il a été de 89 par 100 000 habitants chez les gens âgés de 25 à 64 ans. Par ailleurs, plus d'hommes que de femmes décèdent par suite de

*Parmi tous les groupes d'âges, les résidents des TNO entre 15 et 24 ans avaient les taux de mortalité et d'hospitalisation les plus élevés par suite de blessures subies lors d'accidents de véhicules motorisés. Ils constituaient également le groupe d'âge le plus à risque pour les suicides et les hospitalisations par suite de blessures auto-infligées.*



blessures. Entre 1990 et 1999, les hommes ont représenté 78 % de tous les décès résultant de blessures. La Figure 13 présente les taux de décès résultant de blessures chez les hommes et les femmes selon divers groupes d'âges. Dans l'ensemble, le taux de décès par suite de blessures a été plus de trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (122 comparativement à 38 par 100 000 habitants). Le risque de décéder par suite de blessures a été similaire chez les garçons et les filles de moins de 15 ans. Dès l'âge de 15 ans, les risques de décéder par suite de blessures chez les hommes ont grimpé radicalement, alors qu'ils sont demeurés sensiblement les mêmes chez les femmes. Dans tous les groupes d'âges entre 15 et 64 ans, les hommes risquent davantage de décéder par suite de blessures que les femmes. Le taux de décès chez les hommes âgés a été beaucoup plus élevé que chez les femmes, bien que cette différence n'ait pas été statistiquement significative.

**Figure 13**  
Taux de décès résultant de blessures par âge et par sexe, TNO, 1990-1999



• *Importante différence entre les sexes ( $p < 0.05$ ).*  
Source : Registraire général des statistiques de l'état civil, TNO

### Hospitalisations

Le plus grand nombre d'hospitalisations résultant de blessures a touché les résidents des TNO âgés entre 25 et 34 ans (21 % du nombre total des hospitalisations). La proportion a été sensiblement la même (environ 17 %) dans tous les groupes d'âges, à l'exception des personnes âgées de 65 ans et plus qui ont représenté 11 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures. Cependant, comme c'est le cas pour les décès résultant de blessures, les personnes âgées ont eu le taux d'hospitalisation résultant de blessures le plus élevé durant les années financières 1995-1996 à 1999-2000 (4 495 par 100 000 habitants), soit presque trois fois plus que le taux moyen aux TNO La

vaste majorité des blessures dans ce groupe d'âges ont été non intentionnelles. Les enfants de moins de 15 ans ont eu le taux d'hospitalisation résultant de blessures le moins élevé (951 par 100 000 habitants). Le taux chez les jeunes personnes âgées de 15 à 24 ans a été presque deux fois plus élevé (1 718 par 100 000 habitants). Le taux d'hospitalisation résultant de blessures a été de 1 610 par 100 000 habitants chez les personnes âgées de 25 à 64 ans.

Les hommes ont représenté 60 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures, surpassant en nombre les femmes dans tous les groupes d'âges, à l'exception des personnes âgées. Parmi les personnes âgées, les femmes ont représenté 55 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures. Dans l'ensemble, les hommes ont été 1,4 fois plus à risque d'être hospitalisés par suite de blessures que les femmes. Le taux d'hospitalisation des hommes a été de 1 778 par 100 000 habitants, comparativement à 1 301 par 100 000 habitants chez les femmes. Bien que cet écart soit statistiquement significatif, les différences entre les taux d'hospitalisation résultant de blessures chez les hommes et les femmes n'ont pas été aussi marquées que les différences entre les taux de décès résultant de blessures.

Le taux d'hospitalisation résultant de blessures chez les hommes a été particulièrement plus élevé que le taux chez les femmes parmi les groupes les plus jeunes au sein de la population des TNO. La plus grande différence entre les hommes et les femmes est apparue parmi les gens âgés de 15 à 34 ans, groupe dans lequel les hommes ont été deux fois plus à risque d'être hospitalisés par suite de blessures que les femmes (voir la Figure 14). À partir de l'âge de 35 ans, la différence dans les taux d'hospitalisation entre les hommes et les femmes a diminué, mais elle est restée significative dans le groupe des personnes âgées de 45 à 64 ans. Les taux d'hospitalisation ont été plus élevés chez les femmes de 65 ans et plus, comparativement aux hommes appartenant au même groupe d'âges, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative.

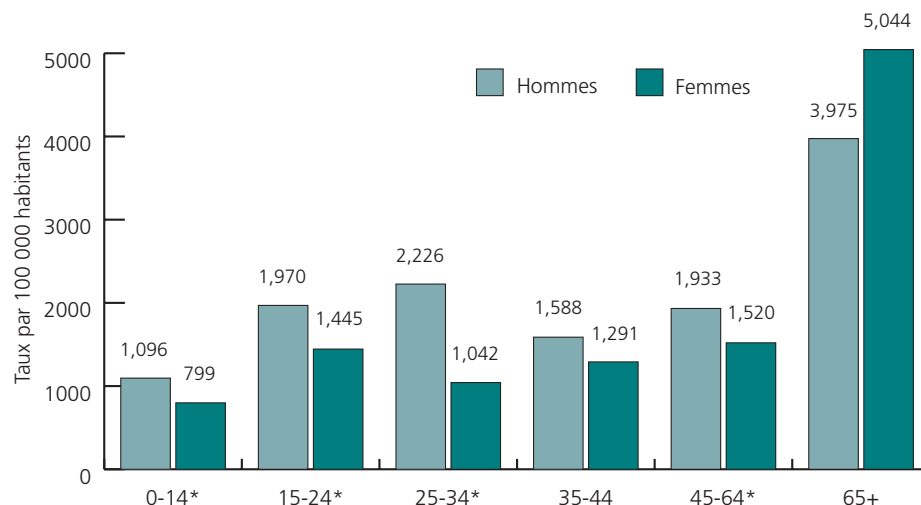
*Pendant la période d'étude, les hommes représentaient 92 % de toutes les noyades et 84 % des décès par suite d'accidents de véhicules tout-terrain. Ils étaient près de deux fois plus susceptibles que les femmes d'être hospitalisés par suite d'accidents de véhicules tout-terrain et de violence interpersonnelle. Ils étaient également près de trois fois plus susceptibles que les femmes d'être hospitalisés par suite d'accidents de véhicules tout-terrain comme les motoneiges et les VTT.*

« Les Autochtones sont exposés à de nombreux facteurs de risque quant aux blessures accidentelles et intentionnelles. Leur milieu physique (c'est-à-dire des basses températures, l'éloignement), ... des conditions sociales (c'est-à-dire un statut socio-économique bas), l'usage fréquent de véhicules hasardeux comme les VTT et les motoneiges, la consommation régulière d'alcool et le tabagisme, l'emplacement de nombreuses communautés près d'importantes étendues d'eau et un manque de dispositifs et de consignes de sécurité, les rendent plus susceptibles d'être blessés. »

(Santé Canada. *Unintentional and Intentional Injury Profile for Aboriginal People in Canada : 1990-1999*. Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada. (p.16), 2001.

**Figure 14**

Taux d'hospitalisation résultant de blessures par âge et par sexe, TNO, 1995-1996 à 1999-2000



• Différence importante entre les sexes ( $p < 0.05$ ).

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients

## Groupes ethniques

La population des Territoires du Nord-Ouest peut être divisée en quatre principaux groupes ethniques : les Dénés, les Inuits, les Métis et les non-Autochtones. Les Dénés vivent principalement dans de plus petites collectivités sur la majeure partie des territoires. Au cours des années 1990, ils constituaient 29 % de la population totale. Les Inuits, qui résident surtout dans les collectivités situées le plus au nord, représentent 10 % de la population totale des TNO. Aux fins du présent rapport, les populations des Métis et des non-Autochtones ont été regroupées. Ces deux groupes vivent surtout dans de plus grands centres régionaux et à Yellowknife. Ils représentent 61 % de la population. Les taux de décès ont été normalisés selon l'âge dans toute la population des TNO au moyen d'une méthode directe afin de tenir compte des différences dans les structures par âge entre les différents groupes ethniques.

## Décès

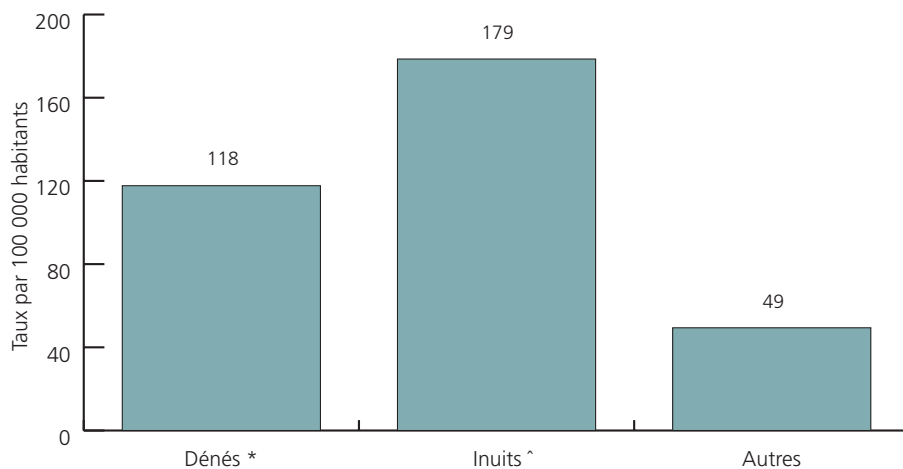
Entre 1990 et 1999, 42 % de tous les décès résultant de blessures sont survenus dans la population des Dénés. Durant la même période, les Inuits ont représenté 20 % de tous les décès résultant de blessures, et les Métis et les non-Autochtones ont représenté les autres 38 %. Dans l'ensemble, les Inuits ont eu le taux de décès résultant de blessures le plus élevé, suivis des Dénés<sup>h</sup>.

<sup>h</sup> La différence apparente entre le plus petit nombre de cas de blessures et le nombre accru des taux de blessures chez les Inuits s'explique par le fait que le groupe ethnique représente une plus petite proportion du territoire. Pendant la période d'étude, ils représentaient 10 % de la population totale mais 20 % de tous les décès par suite de blessures.



Le taux normalisé selon l'âge chez les Inuits a été trois fois plus élevé que celui des Métis et des non-Autochtones, alors que le taux des Dénés a été deux fois plus élevé (voir la Figure 15). Il y a eu des différences entre les groupes ethniques non seulement dans le taux général de décès résultant de blessures, mais aussi dans les modèles selon l'âge. Le taux de décès résultant de blessures chez les Inuits âgés de 15 à 64 ans a été beaucoup plus élevé que celui observé dans les autres groupes ethniques. Durant la même période, les Dénés ont eu le taux de décès résultant de blessures le plus élevé chez les enfants de moins de 15 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus.

**Figure 15**  
Taux de décès résultant de blessures normalisés selon l'âge par groupe ethnique, TNO, 1990-1999



• Taux beaucoup plus élevés chez les Dénés et les Inuits que chez les Métis et les non-Autochtones;

^ Taux beaucoup plus élevé chez les Inuits que chez les Dénés ( $p < 0.05$ )

Source : Registraire général des statistiques de l'état civil, TNO

## Hospitalisations

Les Dénés ont représenté 43 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures entre les années financières 1995-1996 à 1999-2000 aux TNO; les Inuits, 17 %; les Métis et les non-Autochtones, 40 %. Les Inuits ont eu le taux d'hospitalisation résultant de blessures le plus élevé, suivis de près des Dénés. Les taux normalisés selon l'âge dans ces deux groupes ont été plus de deux fois supérieurs à celui des Métis et des non-Autochtones (voir la Figure 16). De plus, les Inuits et les Dénés ont été plus à risque d'être hospitalisés par suite de blessures dans tous les groupes d'âges.

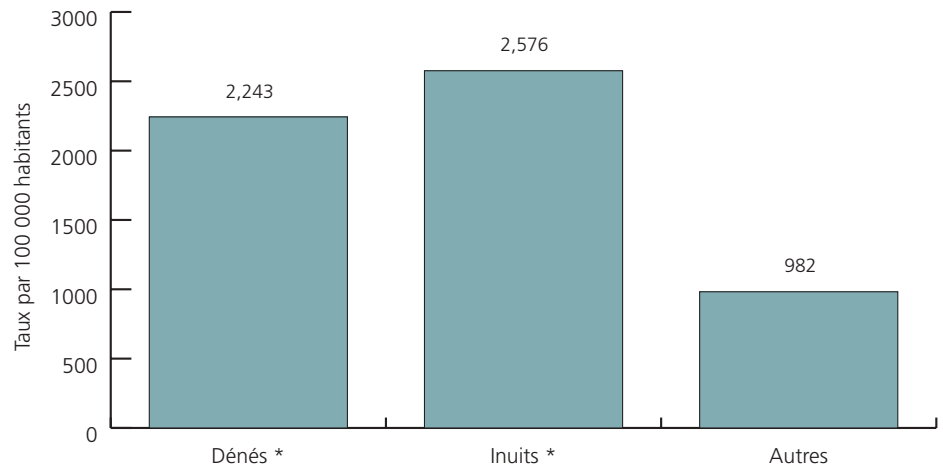
*Les résidents dénés avaient les taux de mortalité et d'hospitalisation les plus élevés par suite d'accidents de véhicules motorisés.*

*Les Inuits avaient le taux de mortalité le plus élevé en raison de blessures subies par suite d'accidents de véhicules tout-terrain comme les motoneiges, les VTT et les aéronefs, soit près de trois fois plus que celui des Dénés et plus de cinq fois plus élevé que celui des Métis et des Non Autochtones. Ils avaient également le taux d'hospitalisation par suite de blessures le plus élevé en raison de ces types d'incidents.*

Pendant la période d'étude, les résidents des TNO étaient 6,1 fois plus susceptibles que les Canadiens dans leur totalité de mourir par suite de noyades. Les hommes représentaient 92 % de toutes les noyades aux TNO. Les taux de noyades étaient les plus élevés chez les résidents des plus petites communautés, environ quatre fois plus élevés que les taux dans les plus grands centres. Les accidents de bateaux étaient le type le plus courant de noyades dans les plus petites communautés.

**Figure 16**

Taux d'hospitalisation résultant de blessures normalisés selon l'âge par groupe ethnique, TNO, 1995-1996 à 1999-2000



• Taux beaucoup plus élevés chez les Dénés et les Inuits que chez les Métis et les non-Autochtones ( $p < 0.05$ )  
 Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients

## Lieu de résidence

La taille démographique de la plupart des collectivités des Territoires du Nord-Ouest est trop petite pour qu'il soit possible de faire une analyse des données relatives aux blessures à un niveau communautaire. Pour cette raison, toutes les collectivités ont été regroupées en trois catégories selon des caractéristiques sociodémographiques, soit Yellowknife, les centres régionaux (Hay River, Fort Smith et Inuvik) et les « autres » collectivités, c'est-à-dire les plus petites collectivités aux TNO. Durant la période étudiée, 33 % de la population vivait dans les plus petites collectivités, 24 % dans les centres régionaux et 43 % à Yellowknife.

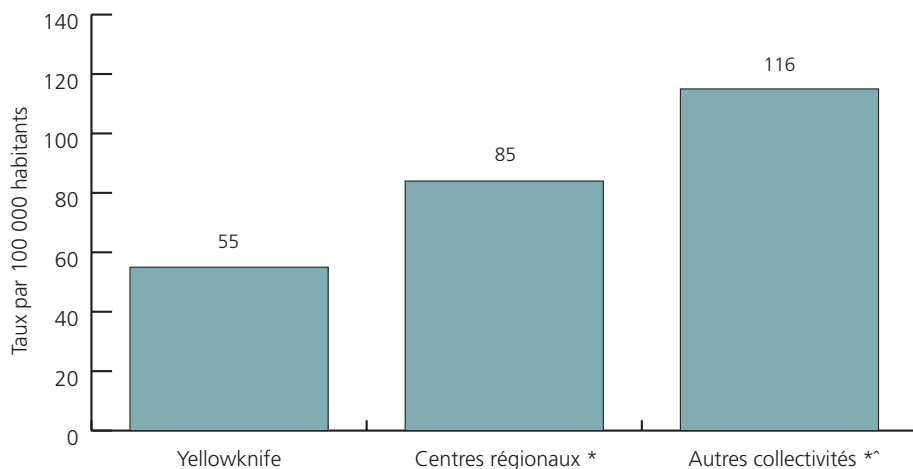
## Décès

Entre 1990 et 1999, les résidents des plus petites collectivités aux TNO ont représenté près de la moitié (47 %) de tous les décès résultant de blessures; les résidents des centres régionaux de Fort Smith, Hay River et Inuvik, 25 %; et les résidents de Yellowknife, 28 %.

Durant la même période, les résidents des plus petites collectivités ont eu le taux de décès résultant de blessures le plus élevé, suivis des résidents des centres régionaux, et Yellowknife a enregistré le taux le plus bas. Le taux de décès résultant de blessures normalisé selon l'âge chez les résidents des plus petites collectivités a été plus de deux fois supérieur à celui observé chez les résidents de Yellowknife (voir la Figure 17). Les différences entre les taux de mortalité entre les trois types de collectivités ont été observées dans tous les groupes d'âges.

**Figure 17**

Taux de décès résultant de blessures normalisés selon l'âge par type de collectivité, TNO, 1990-1999



• Les plus petites collectivités et les centres régionaux ont eu des taux beaucoup plus élevés que Yellowknife

Les plus petites collectivités ont eu des taux beaucoup plus élevés que les centres régionaux ( $p < 0.05$ )

Source : Registraire général des statistiques de l'état civil, TNO

## Hospitalisations

Le nombre de diagnostics-congés dus aux blessures a été divisé de manière égale entre les trois types de collectivités. Trente et un pour cent (31 %) de tous les diagnostics-congés ont touché les résidents de Yellowknife; 33 %, les résidents des centres régionaux; et 36 %, les résidents des plus petites collectivités. Le taux général d'hospitalisation résultant de blessures normalisé selon l'âge a été plus élevé chez les résidents des centres régionaux (2 178 par 100 000 habitants), suivis des résidents des plus petites collectivités (1 633 par 100 000 habitants) et des résidents de Yellowknife (1 168 par 100 000 habitants). Ce modèle a été observé dans tous les groupes d'âges. En général, les résidents des centres régionaux ont été deux fois à risque d'être hospitalisés par suite de blessures que les résidents de Yellowknife et 1,3 fois plus à risque que les résidents des plus petites collectivités.

Il est important de garder à l'esprit que les données fournies dans le présent rapport représentent le nombre de congés d'hôpital et non le nombre de personnes hospitalisées par suite de blessures. Par exemple, une même personne pourrait être admise plusieurs fois à l'hôpital pour un traitement de suivi d'une même blessure et serait comptée dans chaque cas. Les individus qui vivent dans des collectivités où un hôpital est situé à proximité pourraient être plus souvent hospitalisés pour un traitement de suivi d'une même blessure ou un traitement de blessures mineures que les individus qui résident dans de plus petites collectivités, où un traitement de suivi d'une même blessure ou un traitement de blessures mineures a lieu dans un centre de santé

*Tout le monde doit rendre les TNO un endroit plus sécuritaire, y compris les résidents ténois et leurs familles, les communautés, les organismes communautaires, les régies régionales de la santé, les groupes professionnels, le système éducatif, les commerces et les industries et les gouvernements municipaux, territoriaux et fédéral.*



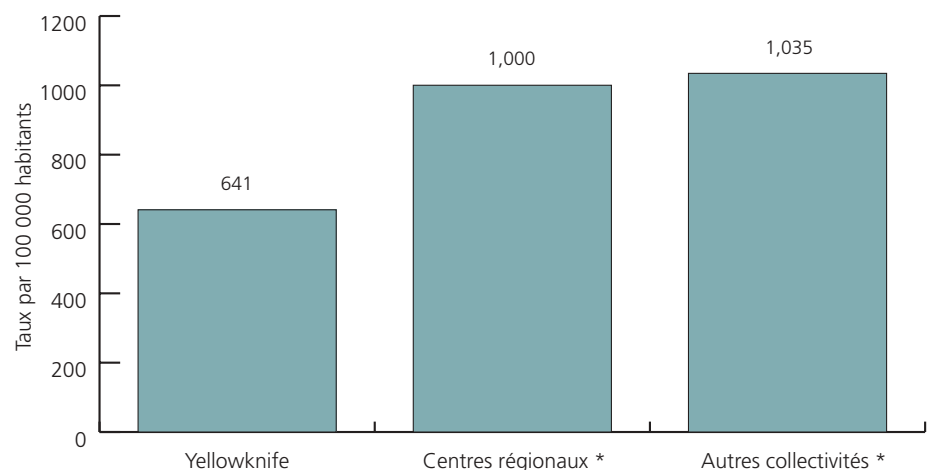
communautaire<sup>i</sup>. D'un autre côté, il semble que, pour certains types de blessures – par exemple, la fracture d'un membre sans complications – l'hospitalisation est plus probable pour les résidents des plus petites collectivités que les résidents des villes, où il y a un hôpital, qui reçoivent un traitement en clinique externe.

Il est difficile de déterminer quels effets ces facteurs ont sur les différences dans les taux d'hospitalisation résultant de blessures chez les résidents des trois types de collectivités observées. Cependant, le système de transfert des patients gravement blessés des plus petites collectivités vers les hôpitaux des plus grands centres est bien établi aux TNO. Ainsi, les données relatives aux hospitalisations devraient fournir un bon aperçu des modèles de blessures non mortelles qui sont plus graves. Une évaluation approfondie de la gravité des blessures irait au delà de la portée du présent rapport. C'est pourquoi une estimation approximative reposant sur la durée des séjours à l'hôpital a été utilisée.

En limitant l'analyse aux hospitalisations dont la durée a été de deux jours ou plus, on constate que les différences entre les centres régionaux et les plus petites collectivités se sont estompées. Dans ce cas, le taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge chez les résidents des centres régionaux a été semblable à celui observé chez les résidents des plus petites collectivités. Ces deux taux ont été beaucoup plus élevés que celui observé chez les résidents de Yellowknife (voir la Figure 18).

**Figure 18**

Taux d'hospitalisation résultant de blessures normalisés selon l'âge par type de collectivité, TNO, 1995-1996 à 1999-2000 (deux jours d'hospitalisation ou plus)



• Les plus petites collectivités et les centres régionaux ont eu des taux beaucoup plus élevés que Yellowknife ( $p < 0.05$ )  
Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients

<sup>i</sup> Il existe quatre hôpitaux aux TNO, l'un à Yellowknife et les autres dans trois centres régionaux respectifs. Des centres de santé communautaire sont situés dans la plupart des plus petites communautés.

## Résumé

En général, plus de 50 % des décès et des hospitalisations résultant de blessures sont survenus chez des personnes âgées de 15 à 44 ans. Cependant, les blessures demeurent une cause importante de mortalité dans tous les groupes d'âges. Les personnes âgées ont eu les taux de décès et d'hospitalisations résultant de blessures les plus élevés. Ces taux élevés sont dus au nombre de décès et d'hospitalisations relatifs au petit nombre de personnes dans ce groupe d'âges. Quand des blessures surviennent dans le groupe des personnes âgées, leurs conséquences et leurs complications potentielles sont souvent plus graves.

Les hommes ont représenté 78 % de tous les décès résultant de blessures et 60 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures. Le taux de décès résultant de blessures chez les hommes a été plus de trois fois plus élevé que celui observé chez les femmes. En outre, les hommes risquent 1,4 fois plus que les femmes d'être hospitalisés par suite de blessures. Les taux de mortalité et d'hospitalisation résultant de blessures parmi les Inuits et les Dénés sont deux fois plus élevés que les taux correspondants des autres résidents des TNO. Les personnes qui résident dans les plus petites collectivités des TNO, ou dans un des centres régionaux de Hay River, Fort Smith ou Inuvik, risquent davantage de décéder ou d'être hospitalisés par suite de blessures que les résidents de Yellowknife.

Les différences dans les taux de blessures entre les types de collectivités – ou, par extension, entre les groupes ethniques – rapportées ici doivent être interprétées avec prudence.<sup>j</sup> Les taux sont des données qui aident à identifier les groupes plus à risque de se blesser, et les risques de blessures sont normalement associés à des facteurs de risque environnementaux ou comportementaux. Il est difficile de déterminer quels effets ces facteurs ont sur les différences dans les taux d'hospitalisation résultant de blessures chez les résidents des trois types de collectivités ou dans les trois groupes ethniques observés. Une recherche et une analyse plus approfondies seraient requises. Cependant, étant donné l'accès aux soins de santé offert aux résidents des TNO, les données relatives aux hospitalisations devraient fournir une bonne indication des modèles généraux des blessures non mortelles qui sont plus graves. Comme il a été mentionné dans la section précédente, des preuves recueillies dans diverses autres sources semblent indiquer que les résidents des plus petites collectivités sont plus à risque de se blesser, en raison d'un certain nombre de facteurs, comme des comportements individuels, l'exposition à des milieux plus risqués ou des activités. Ce sont ces facteurs de risque sur lesquels les efforts de prévention des blessures doivent être orientés afin de réduire les taux de décès et d'hospitalisation parmi ces différents groupes.

<sup>j</sup> L'origine ethnique et le lieu de résidence communautaire ont une grande corrélation. Les Dénés et les Inuits sont beaucoup plus susceptibles que d'autres groupes ethniques de vivre dans l'une des plus petites communautés plus éloignées dans le territoire.



# Facteurs de risque

Les données descriptives contenues dans le présent rapport ont montré que les blessures ne sont pas des événements aléatoires. Aux TNO, certains groupes risquent plus de se blesser que d'autres. Il ne suffit pas de savoir qui sont les personnes qui se blessent et où les blessures surviennent. Pour planifier des mesures efficaces de prévention des blessures, il est nécessaire de bien comprendre pourquoi certaines personnes sont à risque. L'âge d'une personne, son sexe, son appartenance ethnique et son lieu de résidence ne constituent pas en eux-mêmes des causes directes de blessures. Ces caractéristiques prédisposent plutôt des individus à avoir certains types de facteurs de risque. Un facteur de risque est une caractéristique associée à une probabilité accrue de se blesser, au même titre que des caractéristiques personnelles, des comportements ou une exposition à des milieux à risque plus élevé.

Parce qu'il repose sur des données administratives compilées à des fins autres que la prévention des blessures, le présent rapport est limité. Au moyen des données relatives aux décès et aux hospitalisations, il est souvent impossible de déterminer ce que faisait une personne au moment où elle s'est blessée, l'endroit exact où la blessure est survenue et quels étaient les autres facteurs de risque contributifs. Par exemple, il n'est pas possible de déterminer si un grand nombre d'accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur sont survenus sur un tronçon particulier d'une route, si un grand nombre de conducteurs étaient en état d'ébriété ou si les passagers avaient attaché leur ceinture de sécurité. Les données présentées sur les facteurs de risque reposent sur des informations obtenues à partir de certaines sources, comme des rapports de coroners, un rapport sur les accidents de circulation aux TNO et un sondage mené en 1999 sur les comportements et les attitudes des résidents des TNO. Bien qu'il ne soit pas possible de déterminer si les facteurs de risque exposés ici ont contribué à de nombreux incidents mentionnés dans le présent rapport, certaines inférences générales peuvent être faites et souligner des questions qui méritent d'être prises en considération.

La participation à divers types d'activités influe sur les risques de blessures. Certains groupes risquent davantage de se blesser en raison d'une exposition plus fréquente à certains milieux, des pièces d'équipement ou des activités. Par exemple, les hommes risquent plus que les femmes de travailler dans le secteur minier ou celui de la construction, ou de s'adonner à des activités traditionnelles comme la chasse et la pêche – qui les exposent à de plus grands risques. Par ailleurs, les hommes risquent plus que les femmes de conduire une embarcation ou une motoneige, des activités qui sont associées à des styles de vie traditionnels ou à des loisirs. De même, les résidents des plus petites collectivités se livrent davantage à certains types d'activités que

*« La réduction réussie des blessures se concrétisera non par un seul facteur ou une unique approche mais par la compréhension d'interrelations complexes qui affectent les blessures à la fois individuelles et sociétales. »*

Sous-comité fédéral/provincial/territorial sur la prévention et le contrôle des blessures. *Report on Proposed National Priorities for Injury Prevention and Control* (p.7), 2001.





les résidents des grands centres. Cela explique le fait qu'ils ont des taux plus élevés de décès et d'hospitalisation résultant de blessures causées par des activités reliées à l'utilisation de motoneiges et d'embarcations. Cependant, les risques de blessures associés à diverses activités peuvent aussi être réduits, tout dépendant du nombre de facteurs personnels, reliés à l'environnement ou à l'équipement utilisé.<sup>5</sup> Dans l'exemple susmentionné, la probabilité de se blesser dépend aussi de certains facteurs comportementaux, comme la consommation d'alcool, le port d'un vêtement de flottaison individuel ou d'un casque.

L'intoxication est peut-être un des facteurs de risque comportementaux les plus importants aux TNO. Un examen des rapports de coroners des Territoires du Nord-Ouest durant les années 1999-2001 a indiqué que l'alcool est un facteur contributif dans 44 % de tous les décès résultant de blessures non intentionnelles et dans 39 % de tous les suicides étudiés.<sup>6</sup> Un rapport, mené en 2001 sur les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur, a indiqué qu'entre 1991 et 2001, la consommation d'alcool a été un facteur contributif dans 23 % de toutes les blessures associées aux accidents de circulation.<sup>7</sup> Quand on leur a demandé dans un sondage sur la sécurité et les blessures en 1999 quelle était la principale cause des blessures dans leurs collectivités, 58 % des résidents des Territoires du Nord-Ouest ont répondu que c'était la consommation d'alcool. Les résidents des plus petites collectivités ont été plus nombreux à considérer l'utilisation de l'alcool comme la principale cause des blessures (70 % comparativement à 59 % des résidents des centres régionaux et 49 % des résidents de Yellowknife).<sup>8</sup> Cette observation est appuyée par d'autres données d'enquêtes qui indiquent que la consommation abusive et régulière d'alcool est plus courante parmi les résidents des plus petites collectivités. Selon un sondage mené en 2002 aux TNO sur la consommation d'alcool et de drogues, 30 % des répondants de 15 ans et plus qui vivent dans de plus petites collectivités ont affirmé que la principale cause de blessures est la consommation abusive et régulière d'alcool, comparativement à 17 % des répondants qui résident à Yellowknife, Hay River, Inuvik et Fort Smith.<sup>9k</sup>

Dans une autre étude, 153 personnes résident dans 14 collectivités du sud des TNO ont été interviewées au début de 2000 sur leurs perceptions des causes de blessures dans leur collectivité et leurs attitudes à l'égard de la prévention des blessures. Divers points communs ont émergé de ces interviews, dont la perception selon laquelle la consommation abusive d'alcool est un important facteur de risque de blessures. Les répondants ont aussi souligné le nombre

k Les buveurs excessifs réguliers sont des personnes qui ont indiqué consommer de l'alcool au moins une fois par mois et consommer habituellement cinq verres ou plus. L'usage occasionnel de quantités moyennes d'alcool dans des circonstances appropriées ne constitue pas un facteur de risque pour les blessures. Des problèmes surviennent lorsque de grandes quantités sont consommées avant de participer à des activités à risque plus élevé comme l'usage des bateaux, des véhicules motorisés ou des motoneiges, ou pendant des périodes de dépression.

croissant de véhicules à moteur, incluant les motoneiges et les VTT, alors que les mécanismes de contrôle, notamment la mise en application des règlements sur les limites de vitesse, n'emboîtaient pas toujours le pas.<sup>10</sup>

Les adolescents et les jeunes adultes sont plus à risque d'avoir divers types de blessures, en particulier des automutilations et des blessures lors d'accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur. Leur manque d'expérience en tant que conducteurs les rend plus enclins à avoir des accidents impliquant des véhicules à moteur. De même, ils sont portés à agir impulsivement, à prendre de mauvaises décisions au sujet des dangers réels dans certaines situations et à adopter des comportements plus à risque, comme conduire rapidement, dépasser d'autres véhicules de manière imprudente, prendre la route en état d'ébriété ou encore accepter de monter à bord d'un véhicule en sachant que le conducteur a les facultés affaiblies. L'inexpérience au volant et la consommation d'alcool font que les adolescents et les jeunes adultes risquent d'avoir de graves accidents de circulation. L'impulsivité et certains autres facteurs comme un état dépressif, des habiletés d'adaptation sous-développées, la consommation d'alcool ou d'autres drogues, un manque d'espoir dans l'avenir et la pauvreté rendent ce groupe très à risque de s'infliger des blessures et de subir des blessures causées par une violence interpersonnelle.<sup>11</sup>

Bien qu'elles soient moins exposées à certains risques (par exemple, le nombre de kilomètres parcourus en automobile ou en motoneige, ou encore le temps passé à bord d'une embarcation), certaines personnes âgées risquent davantage de faire des chutes dans des escaliers ou sur des surfaces glissantes à mesure qu'elles avancent en âge. Comme nous l'avons souligné, l'âge est un facteur important dans les cas de chutes. Les personnes âgées risquent plus que les autres groupes d'âges de faire des chutes en raison de divers facteurs liés à l'âge, comme la plus grande fragilité des os, une déficience visuelle, la démarche, l'équilibre, la réduction du temps de réaction, l'agilité et la vivacité. Elles risquent davantage de faire des chutes en raison de divers problèmes médicaux ou d'effets secondaires de médicaments prescrits. Aussi, elles sont plus susceptibles d'avoir des complications à la suite de blessures.

En général, la gravité des blessures résultant de chutes dépend de la hauteur des chutes, de la nature des surfaces en cause, ainsi que de la robustesse et de la flexibilité des tissus et des os des personnes. Étant donné le climat aux TNO, la glace peut rendre glissantes certaines surfaces à certaines périodes de l'année. Les hospitalisations dues aux chutes risquent davantage de se produire aux TNO entre les mois d'octobre et d'avril. Certains autres facteurs environnementaux peuvent accroître les risques de chutes, comme des escaliers mal conçus ou des rampes appropriées ou inexistantes. Un mauvais éclairage à l'intérieur et à l'extérieur des maisons et des endroits publics peut aussi être un facteur.

*« La détermination du plan d'action le plus efficace pour prévenir des blessures exige non seulement une compréhension des facteurs qui contribuent aux blessures mais aussi des comportements qui contribuent à la conformité aux mesures de prévention des blessures. »*

Sous-comité fédéral/provincial/territorial sur la prévention et le contrôle des blessures. *Report on Proposed National Priorities for Injury Prevention and Control* (p.12), 2001.



Les avantages de la ceinture de sécurité quant à la réduction de la gravité des blessures qui résultent des accidents impliquant des véhicules à moteur sont bien établis.<sup>12</sup> Chaque personne à bord d'un véhicule automobile doit porter la ceinture de sécurité. Bien qu'il existe une loi qui rend obligatoire le port de la ceinture de sécurité aux Territoires du Nord-Ouest, son acceptation semble assez faible. Les résultats du sondage de 1999 sur la sécurité et les blessures ont indiqué que 62 % des résidents des TNO âgés de plus de 15 ans ont affirmé toujours utiliser la ceinture de sécurité quand ils sont au volant d'une auto ou d'un camion. Ce pourcentage chute à 51 % chez les personnes qui résident dans les plus petites collectivités.<sup>13</sup> Il importe également de souligner que les études qui portent sur l'utilisation de la ceinture de sécurité, telle qu'elle est déclarée par les répondants, et les enquêtes qui étudient son utilisation sur la base d'observations ont montré que l'utilisation déclarée de la ceinture de sécurité est considérablement plus élevée que son utilisation observée.<sup>14</sup>

Les résidents du Nord sont plus à risque en ce qui concerne les noyades du simple fait que de nombreuses collectivités sont situées à proximité de rivières, de lacs et de la mer. Ils utilisent souvent des embarcations pour se livrer à leurs activités quotidiennes ou récréatives. Les températures froides des eaux augmentent les probabilités d'hypothermie et de noyades. Il semble également évident que les comportements jouent un rôle. Le fait de ne pas porter un vêtement de flottaison individuel (V.F.I.) à bord d'une embarcation est un des facteurs de risque de noyades les plus importants. Selon des rapports de coroners, aucune des victimes de noyades qui prenaient place à bord d'embarcations entre 1992 et 1996 ne portait un V.F.I.<sup>15</sup> Les résultats du sondage de 1999 sur la sécurité et les blessures ont révélé que 65 % des résidents des TNO ne portent jamais un V.F.I. lorsqu'ils sont à bord d'une embarcation. Les résidents de Yellowknife et des centres régionaux ont plus tendance à porter un V.F.I. à bord des embarcations que les résidents des plus petites collectivités (70 % comparativement à 53 %).<sup>16</sup> La consommation d'alcool est un autre important facteur de risque, en particulier chez les plaisanciers. Un examen de rapports de coroners entre 1992 et 1996 a indiqué que l'alcool était en cause dans 50 % de toutes les noyades en embarcations aux Territoires du Nord-Ouest.<sup>17</sup>

L'utilisation régulière des motoneiges et des véhicules tout-terrain (VTT) augmente les risques de blessures. Les VTT ont tendance à capoter facilement en raison de leur centre de gravité élevé, alors que les motoneiges présentent des risques en raison de leur utilisation sur des surfaces glacées non sécuritaires et de leur faible manœuvrabilité, en particulier dans le cas des jeunes enfants. Les blessures à la tête ou au visage ont représenté 25 % de toutes les hospitalisations reliées aux motoneiges et 19 % de toutes les hospitalisations reliées aux VTT. Pourtant, les preuves indiquent que de nombreux résidents des

Territoires du Nord-Ouest ne portent pas un casque quand ils circulent avec ces véhicules. Seulement 61 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles portaient toujours un casque quand elles étaient à bord d'une motoneige. Le pourcentage des résidents des plus petites collectivités qui font de même est beaucoup plus bas (33 %). Durant la même période, seulement 57 % des résidents des TNO de 15 ans et plus qui conduisent un VTT ont indiqué qu'ils portaient toujours un casque. Encore une fois, le pourcentage des résidents des plus petites collectivités qui ont adopté ce comportement est plus bas (30 %).<sup>18</sup> L'intoxication pourrait aussi être un facteur contributif dans un grand nombre de blessures reliées à l'utilisation des motoneiges et des VTT.

Les facteurs de risque de blessures incluent non seulement des pratiques personnelles d'hygiène de vie, comme la consommation excessive et régulière d'alcool et le fait de ne pas porter une ceinture de sécurité en automobile ou un casque en motoneige, mais également des déterminants sous-jacents ou plus indirects, tels le statut socioéconomique, la qualité de l'environnement physique, le niveau d'instruction et l'estime de soi, des facteurs qui ont tous des répercussions sur l'expérience de vie des gens, leurs choix personnels et même leurs risques de blessures.<sup>19</sup> Par exemple, la pauvreté et le manque d'instruction sont souvent associés à des milieux physiques de piètre qualité, parfois à la consommation excessive d'alcool – des facteurs qui augmentent les risques de blessures. Ces déterminants de la santé sont des causes importantes, non seulement de blessures, mais aussi de nombreuses maladies. Les résultats du recensement de 2001 ont indiqué que les résidents des plus petites collectivités des TNO tendent à avoir des revenus inférieurs, des niveaux d'instruction inférieurs et un taux de plus élevés que les résidents des plus grands centres.<sup>20</sup> Les efforts visant à améliorer les conditions socioéconomiques des résidents des TNO réduiront les risques de blessures et amélioreront l'état de santé général.

## Résumé

L'interaction de certains facteurs personnels, environnementaux ou reliés à des pièces d'équipement, ainsi que la pratique de diverses activités augmentent les probabilités qu'un événement causant des blessures se produise. Bien que l'interaction de ces nombreux facteurs soit souvent complexe, la modification d'un seul de ces facteurs peut suffire à réduire les probabilités d'une blessure. Il est important de garder à l'esprit que ce qui vient d'être mentionné au sujet des facteurs de risque est préliminaire. Il s'ensuit qu'une recherche plus approfondie est requise pour identifier des facteurs de risques spécifiquement associés à divers types de blessures et pour mieux comprendre l'interaction entre les différents déterminants et les risques de blessures.



# Prévention des blessures

Maintenant que les blessures, les groupes à risque et les facteurs de risque ont été identifiés, l'élaboration d'initiatives de contrôle et de prévention des blessures peut être prise en considération. La portée du présent rapport ne permet pas de décrire les éléments susceptibles de soutenir des stratégies particulières en matière de prévention des blessures. L'objectif poursuivi ici est plutôt de jeter des bases permettant d'identifier certaines avenues possibles pour illustrer le domaine de la prévention des blessures.

*En termes pratiques, la prévention des blessures signifie prendre des décisions positives pour minimiser les risques à tous les niveaux de la société, tout en maintenant des collectivités et des styles de vie sains, actifs et sécuritaires. Ces choix sont grandement influencés par les milieux social, économique et physique où l'on vit, travaille, apprend et s'amuse.<sup>21</sup>*

Il importe de reconnaître que les blessures regroupent un nombre considérable de lésions qui surviennent dans une grande variété de lieux. Leurs causes varient énormément. Tout dépendant des types et des causes des blessures, de même que des endroits où elles se produisent, de nombreuses mesures de prévention pourraient être prises pour réduire la fréquence des événements et la gravité des blessures auxquels ils donnent lieu. Les révisions des mesures de contrôle et de prévention des blessures réalisées depuis les années 1960 ont conduit à cette conclusion : aucune stratégie d'intervention ne peut suffire, à elle seule, à résoudre le problème. Des programmes couronnés de succès ont été élaborés à partir d'interventions complémentaires incluant une éducation sanitaire, des modifications à l'environnement, des règlements législatifs et leur mise en application.<sup>22, 23</sup>

L'éducation fait référence aux efforts visant à utiliser les messages d'éducation au public pour réduire les risques parmi des clientèles cibles. Il s'agit là de l'approche la plus stimulante en matière de prévention des blessures, parce que des changements dans les croyances et les comportements des gens doivent avoir lieu pour que les mesures d'intervention fonctionnent. Cependant, les programmes d'éducation se révèlent efficaces si les messages sont clairs, appropriés aux différents publics cibles et périodiquement répétés. Les programmes d'éducation du public concernant l'utilisation de vêtements de flottaison individuels dans les embarcations, le port du casque en motoneige, en VTT et même à vélo constituent des exemples éloquentes de cette approche.

Dans certains cas, des programmes d'éducation sont jumelés à des règlements législatifs et à leur mise en application pour accroître l'acceptation auprès des publics cibles. Par exemple, l'éducation du public et la mise en application de règlements ont été efficaces pour accroître l'utilisation de la ceinture de sécurité et des dispositifs de protection pour enfants dans les véhicules automobiles,

*En général, les stratégies de prévention de blessures peuvent être divisées en deux groupes très larges selon le niveau requis d'actions individuelles. Des interventions passives n'exigent aucune mesure prise par des personnes et sont habituellement effectuées en modifiant le véhicule ou l'environnement. L'introduction de freins antiblocage et de coussins gonflables dans les voitures en sont des exemples. L'intervention active exige que les personnes prennent des mesures pour que l'intervention soit réussie, par exemple les ceintures de siège et les casques protecteurs pour bicyclette.*

Robertson L.S. *Injury Control : Some Effects, Principles, and Prospects.*  
Dans R. Detels, W.W. Holland, J. McEwen, G.S. Omenn (Eds.), *Oxford Textbook of Public Health Third Edition Volume, 1997*





tout en réduisant l'incidence de l'alcool au volant. Parfois, une nouvelle législation conduit à une réduction de l'incidence et de la gravité des blessures. Par exemple, il est prouvé que la réduction du taux légal d'alcoolémie à 0,05 % amène une diminution des accidents de circulation.<sup>24</sup> Par ailleurs, des systèmes d'obtention du permis de conduire par étapes progressives, conçus pour éloigner les conducteurs débutants des situations à risque élevé pendant leur apprentissage du code de sécurité routière, semblent réduire les blessures dues aux accidents de circulation chez les jeunes.<sup>25</sup>

Des modifications à l'environnement sont souvent efficaces dans la prévention des blessures à partir de différents types de mécanismes. De tels changements peuvent avoir des effets positifs sur le nombre de blessures dues aux chutes. Les dangers potentiels tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des maisons doivent être examinés. Mettre de l'ordre, s'assurer que les marches d'escalier sont de dimensions adéquates et exemptes de glace, sécuriser les tapis et les cordons électriques, améliorer l'éclairage, installer des rampes, des barres d'appui et des revêtements antidérapants dans des aires à risque élevé, tous ces gestes aident à prévenir les chutes dans les maisons.<sup>26</sup> L'installation et l'entretien de détecteurs de fumée peuvent réduire les risques de blessures dues au feu. Si les jeunes sont plus enclins que les adultes à se suicider de manière impulsive, restreindre l'accès aux armes à feu est de nature à réduire l'incidence des suicides dans ce groupe. Par exemple, on peut les ranger dans des coffrets verrouillés, bloquer les gâchettes, ranger les munitions et les armes à des endroits distincts, etc. Le rangement sécuritaire des médicaments peut avoir des effets similaires.

Un des avantages de l'approche des modifications à l'environnement tient au fait que les individus n'ont pas besoin de prendre des mesures particulières pour changer leurs comportements. Toutefois, les programmes les plus efficaces de prévention des blessures utilisent une combinaison des trois approches (l'éducation du public, la mise en application des règlements et les modifications à l'environnement). Il importe de garder à l'esprit que tout événement causant des blessures peut être perçu comme le point culminant d'une chaîne causale. Les interventions qui rompent ne serait-ce qu'un seul maillon de cette chaîne sont efficaces. Par exemple, si l'intoxication est un important facteur de risque de blessures, toute initiative visant à réduire la consommation d'alcool et les cuites d'un soir dans la population aura des effets bénéfiques sur la réduction des blessures.

En général, la prévention des blessures poursuit l'objectif de réduire les blessures à travers une meilleure compréhension des facteurs de risque et la mise en œuvre de moyens efficaces de les contrer. Ces facteurs de risque incluent non seulement des causes plus immédiates, comme la consommation abusive et



régulière d'alcool, le fait de ne pas porter un vêtement de flottaison individuel ou une ceinture de sécurité, mais aussi des déterminants de la santé comme le statut socioéconomique, la qualité de l'environnement physique, le niveau d'instruction, les réseaux de soutien social, les pratiques personnelles d'hygiène de vie et des habiletés d'adaptation qui ont des répercussions sur l'état de santé général d'une personne. En examinant ces déterminants de la santé en tant que facteurs de prévention des blessures, on est en mesure d'évaluer leur influence sur l'occurrence et la gravité des blessures. Cela permet d'élargir les mesures d'intervention pour inclure des initiatives qui visent à résoudre les modèles plus généraux de facteurs contributifs. En effet, la prévention des blessures peut être conceptualisée dans une approche axée sur la santé au sein d'une population, où les stratégies regroupent diverses interventions qui impliquent différents secteurs de la société.<sup>27</sup>

### *Scénario de blessure # 1 révisé*

*Le jeune homme a remplacé une ampoule dès qu'il a remarqué le problème.*

*Sachant que la consommation d'alcool et la conduite d'une motoneige sont extrêmement dangereuses, il s'est assuré de ne pas trop boire afin de ne pas compromettre ses capacités de conduire.*

*À la suite de ces actions, il a pu éviter la roche plus tard en soirée. Ou, il n'a pas pu éviter la roche et a été projeté, mais n'a pas subi de traumatisme crânien, car il portait un casque protecteur. Souffrant d'une épaule disloquée, il a tout de même été capable de marcher et de trouver de l'aide médicale.*



# Conclusion

*Les blessures aux Territoires du Nord-Ouest : Un rapport sommaire* montre que les blessures sont une des principales causes de décès et de morbidité chez les résidents des Territoires du Nord-Ouest, ainsi que la principale cause de décès prématurés. Plus de résidents âgés de 1 à 44 ans sont décédés par suite de blessures que par suite de toutes les autres causes de décès réunies. Durant les années 1990, il n'y a pas eu de changement important dans les taux de décès et d'hospitalisation. Le terme « blessure » regroupe plusieurs types de lésions (par exemple, les traumatismes crâniens, les fractures et les brûlures), chacune d'elles pouvant résulter de multiples causes externes ou de mécanismes. Les suicides ont été la principale cause de mortalité par suite de blessures aux TNO, suivis des accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur et des noyades. Les chutes non intentionnelles ont été la principale cause des hospitalisations résultant de blessures. Les automutilations ont représenté la deuxième cause des hospitalisations résultant de blessures, suivies de près par les blessures causées par une violence interpersonnelle. Les accidents de circulation impliquant des véhicules à moteur et les accidents impliquant des véhicules à caractère non routier ont aussi été des causes importantes des hospitalisations résultant de blessures.

Le rapport a montré que les blessures tendent à se répartir dans différents groupes de personnes selon l'âge, le sexe, le groupe ethnique et le lieu de résidence. En général, plus de 50 % des décès et des hospitalisations résultant de blessures sont survenus chez des personnes âgées de 15 à 44 ans. Cependant, les blessures demeurent une cause importante de mortalité dans tous les groupes d'âges. Les personnes âgées ont eu les taux de décès et d'hospitalisations résultant de blessures les plus élevés. Les hommes ont représenté la grande majorité des décès et des hospitalisations résultant de blessures. Les taux de mortalité et d'hospitalisation résultant de blessures parmi les Inuits et les Dénés sont deux fois plus élevés que les taux correspondants des autres résidents des TNO. Les personnes qui résident dans une des plus petites collectivités des TNO, ou dans un des centres régionaux de Hay River, Fort Smith ou Inuvik, risquent davantage de décéder ou d'être hospitalisés par suite de blessures que les résidents de Yellowknife.

Un certain nombre de facteurs de risque ont été identifiés à l'aide de rapports de coroners disponibles, des résultats d'un sondage sur les comportements et les attitudes à l'égard des blessures et de rapports d'accidents de circulation. L'intoxication a été identifiée comme l'un des plus importants facteurs de risque pour différents types de blessures sur l'ensemble du territoire. Le fait de ne pas adopter des comportements susceptibles de prévenir les blessures, comme attacher sa ceinture de sécurité en automobile, porter un vêtement de flottaison individuel à bord d'une embarcation ou un casque en motoneige ou sur un VTT, ont également été identifiés comme des facteurs de risque.

## *Scénario de blessure # 2* *Révisé*

*Se souvenant de quelques renseignements de santé publique sur les effets de la fatigue dans les accidents de véhicules motorisés, le père décide d'arrêter à un motel aux premiers signes de fatigue au lieu de continuer à conduire. Ou le père décide de continuer à conduire mais sa ceinture de sécurité est attachée. De plus, sa fille se trouve dans un siège d'auto convenablement installé et ajusté. Par conséquent, les trois occupants ont subi des blessures mineures quand la voiture a dérapé.*

### *Scénario de blessure # 3*

#### *Révisé*

*Quelques mois plus tôt, pendant qu'elle magasinait pour acheter une bouilloire électrique, la mère s'est souvenue de quelques renseignements de santé publique qui encourageaient les nouveaux parents d'acheter des bouilloires dotées d'une courte corde spirale qui sont moins susceptibles de traîner sur le coin du comptoir. Elle a choisi un modèle en respectant cette caractéristique. Ou la mère reçoit quelques renseignements de santé publique lui recommandant de positionner la corde de la bouilloire de façon sécuritaire.*

En utilisant des données relatives aux décès et aux hospitalisations, le présent rapport constitue une première étape vers une meilleure compréhension de la nature des blessures aux Territoires du Nord-Ouest, notamment en décrivant le fardeau des blessures au sein de différents groupes. Toutefois, il importe de souligner les limites de l'analyse descriptive présentée ici. Tout d'abord, les décès et les hospitalisations représentent la pointe de l'iceberg en matière de blessures. Pour chaque résident des TNO qui décède ou qui est hospitalisé par suite de blessures, il s'en trouve beaucoup plus dans les centres de santé communautaire, les salles d'urgence des hôpitaux ou dans les cabinets de médecins. En deuxième lieu, le mécanisme en cause dans l'analyse des blessures n'est pas toujours clairement identifié dans les sources de données relatives aux décès et aux hospitalisations. Par exemple, la cause des blessures n'a pas été spécifiée dans 35 % des décès résultant de blessures parmi les personnes âgées, pas plus qu'elle ne l'a été dans 7 % de toutes les hospitalisations résultant de blessures. Troisièmement, et c'est peut-être ce qui importe le plus en matière de prévention des blessures, les données relatives aux décès et aux hospitalisations examinées ne contiennent pas d'information sur les facteurs de risque qui contribuent aux blessures. Il devient alors difficile de découvrir directement certaines des causes sous-jacentes aux blessures décrites. En utilisant des informations contenues dans des rapports de coroners, un rapport du ministère des Transports sur les accidents impliquant des véhicules à moteur et les données d'une enquête transversale sur les résidents des TNO, le présent rapport expose des facteurs de risque possibles pour certains types de blessures. Cependant, une recherche et une analyse plus étendues sont nécessaires pour approfondir nos connaissances des nombreuses causes sous-jacentes aux blessures qui surviennent aux Territoires du Nord-Ouest.

Il est à souhaiter qu'il y ait suffisamment d'informations descriptives dans le présent rapport pour accroître la sensibilisation et les connaissances relativement aux blessures aux Territoires du Nord-Ouest. Même le fait de connaître certains types courants de blessures peut suggérer des causes possibles et, donc, aider à planifier des mesures de prévention. L'identification des groupes à risque plus élevé peut également contribuer à cibler les efforts de prévention. Nous connaissons déjà des mesures simples et efficaces qui peuvent être mises en œuvre pour prévenir des blessures graves et des décès. Installer et entretenir des détecteurs de fumée dans les maisons, s'assurer que les marches et les trottoirs ne sont pas glissants, attacher les ceintures de sécurité et installer des dispositifs de protection pour enfants dans les véhicules, utiliser des vêtements de flottaison individuels à bord des embarcations, porter un casque en motoneige, sur un VTT ou même à vélo, ne pas conduire après avoir consommé de l'alcool... voilà quelques-unes des mesures qui peuvent être prises. La première étape dans la réduction des

blessures consiste à accroître la sensibilisation et la compréhension des blessures en tant qu'elles constituent un important problème de sécurité et de santé publique qui peut être à la fois prévisible et évité, plutôt que des événements malheureux qui surviennent par hasard.

Affirmer que les blessures sont un important problème de santé publique n'implique pas que les interventions sociales doivent être élaborées principalement et exclusivement par les agences de santé publique. Les activités relatives à la prévention des blessures sont complexes et aucun groupe ne peut, à lui seul, résoudre ce problème. Les gouvernements locaux, les agents de l'hygiène publique, les fournisseurs de soins de santé, les responsables de l'application des lois, les services d'incendie, les services de transport, les groupes communautaires et les écoles ont également un rôle à jouer dans la réduction des taux élevés de mortalité et de morbidité résultant de blessures aux TNO. Les coalitions et les partenariats doivent être encouragés et soutenus. Plus les efforts déployés seront étendus et coordonnés, plus il y a de chances que nous assistions à une réduction des blessures. Un leadership et une coordination sont nécessaires pour réunir ces divers groupes afin de mettre l'accent sur des interventions intégrées au niveau communautaire, qui considèrent les multiples facteurs de risque dans le contexte de la vie quotidienne des gens, et de recourir à diverses stratégies dans le cadre d'une approche globale visant à contrôler et prévenir les blessures aux Territoires du Nord-Ouest.



# Références

- 1 Barss P. et al. *Injury Prevention : An International Perspective Epidemiology, Surveillance, and Policy* : Oxford University Press, New York, 1998, p 9
- 2 Haddon, W. *Advances in the Epidemiology of Injuries as a Basis for Public Policy*. Public Health Reports 95(5), 1980, pp. 411-421
- 3 Alberta Injury Control Strategy, juin 2003, <http://www.med.ualberta.ca/acicr/>
- 4 Fingerhut L.A. McLoughlin E. *Classifying and Counting Injury*. In Rivara F.P., et al. (Eds.) *Injury Control : A Guide to Research and Program Evaluation*, Cambridge University Press, 2001, pp. 15-31
- 5 Barss P. et al. *Injury Prevention : An International Perspective Epidemiology, Surveillance, and Policy*, Oxford University Press, New York, 1998
- 6 Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Bureau du coroner en chef (1999, 2000 & 2001). *Northwest Territories Coroner's Service 1999, 2000, & 2001 – Annual Report*, Yellowknife
- 7 Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, ministère des Transports, Division des permis et de la sécurité, *2001 NWT Traffic Accident Facts*. Yellowknife, 2002
- 8 Bureau de la statistique, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, *NWT Safety and Injuries Survey*, 1999, <http://www.stats.gov.nt.ca/Stainfo/Health/Injuries/Injuries.html>
- 9 Ministère de la Santé et des Services sociaux, TNO, *2002 NWT Alcohol & Drug Survey*, 2004
- 10 Grindlay M. Sutcliffe P. *Injuries in the NWT : Predictable and Preventable*. Health Promotion & Protection Office Stanton Regional Health Board, Yellowknife, 2000
- 11 U.S. Public Health Service. *The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide*. Washington, DC, 1999
- 12 The National Committee for Injury Prevention and Control. « Injury Prevention Meeting the Challenge. », *American Journal of Preventive Medicine* 5 (3), 1989
- 13 Bureau de la statistique, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, *NWT Safety and Injuries Survey*, 1999, <http://www.stats.gov.nt.ca/Stainfo/Health/Injuries/Injuries.html>.
- 14 Robertson L.S. *Injury Epidemiology : Research and Control Strategies*, Oxford University Press, New York, 1998
- 15 Bureau du coroner en chef, TNO, communication personnelle, 1998
- 16 Bureau de la statistique, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, *NWT Safety and Injuries Survey*, 1999, <http://www.stats.gov.nt.ca/Stainfo/Health/Injuries/Injuries.html>
- 17 Bureau du coroner en chef, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, communication personnelle, 1998
- 18 Bureau de la statistique, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, *NWT Safety and Injuries Survey*, 1999, <http://www.stats.gov.nt.ca/Stainfo/Health/Injuries/Injuries.html>
- 19 Baker S.P. et al. *The Injury Fact Book : Second Edition*, Oxford University Press, New York, 1992
- 20 Bureau de la statistique, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, 2001 Census Data, 2004 [http://www.stats.gov.nt.ca/Stainfo/Census/census%2001/\\_2001census.html](http://www.stats.gov.nt.ca/Stainfo/Census/census%2001/_2001census.html)
- 21 The Canadian Collaborating Centres for Injury Prevention and Control. *Élaboration d'une stratégie canadienne intégrée de prévention des blessures*, 2003, <http://www.preventiondesblessures-strategie.ca/downloads/manuel.pdf> (p.7)
- 22 The National Committee for Injury Prevention and Control. « Injury Prevention : Meeting the Challenge. », *American Journal of Preventive Medicine*, 1989, p. 5(3)
- 23 Kraus J.F., Peek-Asa C., Vimalachandra D. (1998). *Injury Control : The Public Health Approach*. in R.B Wallace (Eds.), *Maxcy-Rosenau-Last : Public Health & Preventive Medicine*, Appleton & Lange, Stamford
- 24 Chamberlain E, Soloman R. « The case for a 0.05 % criminal law blood alcohol concentration limit for driving. » *Injury Prevention* : 8 (Suppl III) : iii1 – iii17, 2002
- 25 Foss R.D., Evenson K.R. « Effectiveness of Graduated Driver Licensing in Reducing Motor Vehicle Crashes », *American Journal of Preventive Medicine*, 16 (1 Suppl), 1999, pp. 47-56.
- 26 Scott VJ. Dukeshire S. Gallagher EM. Scanlan A. *Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté*. Préparé au nom du Comité fédéral/provincial/territorial des hauts fonctionnaires pour les ministres responsables des aînés. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001 [http://www.sppd.gc.ca/sppd-bdppa/sppd-bdppa/francais/pubs/fpt\\_seniors/BestPractice\\_Falls.pdf](http://www.sppd.gc.ca/sppd-bdppa/sppd-bdppa/francais/pubs/fpt_seniors/BestPractice_Falls.pdf)
- 27 Sous-comité fédéral-provincial-territorial sur la prévention et le contrôle des blessures. *Report on Proposed National Priorities for Injury Prevention and Control*, 2001 [www.injuryresearch.bc.ca/IP&CsubCtteReportFinalEdit2](http://www.injuryresearch.bc.ca/IP&CsubCtteReportFinalEdit2)
- 28 The Canadian Collaborating Centres for Injury Prevention and Control. *Élaboration d'une stratégie canadienne intégrée de prévention des blessures*, 2003 <http://www.preventiondesblessures-strategie.ca/downloads/manuel.pdf>







