

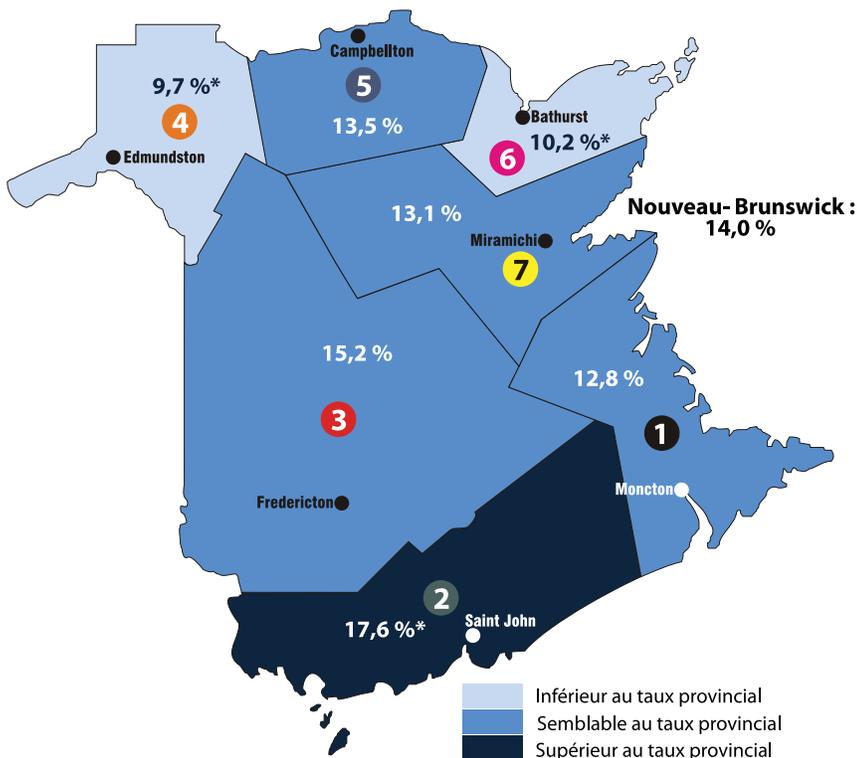
Bulletin sur la santé de la population publié par le Bureau du médecin-hygiéniste en chef

## Les blessures au Nouveau-Brunswick

Les blessures – causées par des collisions de la route, des chutes, des brûlures, un empoisonnement, des voies de fait ou l'automutilation, entre autres – touchent des millions de personnes dans le monde et sont à l'origine du décès de cinq millions d'entre elles chaque année [1]. Elles sont l'une des principales causes des décès évitables au Canada, surtout chez les hommes [2]. Au Nouveau-Brunswick, on

**Figure 1 : Pourcentage de Néo-Brunswickois âgés de 12 ans et plus ayant subi des blessures au cours de l'année précédente, selon la région sanitaire, 2009-2010**

Un Néo-Brunswickois sur sept âgé de 12 ans et plus (environ 90 300 personnes) a déclaré avoir subi, dans les 12 mois précédents, des blessures suffisamment graves pour causer une limitation des activités normales, soit une proportion pratiquement égale au taux national. Les taux de blessures auto-déclarés variaient à l'échelle de la province, la région sanitaire 2 ayant le taux le plus élevé et les régions sanitaires 4 et 6, les plus bas.



### Dans ce numéro :

- Causes des blessures
- Incidence des blessures sur la santé
- Facteurs contributifs

attribue aux blessures quelque 350 décès chaque année, ce qui équivaut à environ 6 p. 100 de tous les décès dans la province (8 p. 100 chez les hommes et 4 p. 100 chez les femmes) [3]. D'après les conclusions de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010, 14,0 p. 100 des Néo-Brunswickois de 12 ans et plus avaient subi des blessures dans les 12 mois précédents causant la limitation des activités normales, ce qui correspond à la tendance nationale (14,9 p. 100) (figure 1) [4].

Dans la plupart des cas, on peut considérer que les blessures ont des conséquences principalement sur la santé physique, mais elles peuvent aussi se répercuter sur la santé mentale et le mieux-être social. Elles peuvent avoir une incidence sur les familles, les lieux de travail, les collectivités, le système de soins de santé et la société dans son ensemble. Il s'agit de l'une des principales causes d'incapacité et d'hospitalisation chez les enfants, les jeunes et les personnes âgées.

Les blessures sont un enjeu important de santé publique et elles ont un coût. Le fardeau économique des blessures au Nouveau-Brunswick a été évalué à 463 millions de dollars par année, soit environ 618 \$ par habitant [5]. La majorité des coûts totaux (84 p. 100) est attribuable aux blessures non intentionnelles, c'est-

**Remarque :** Le symbole d'astérisque (\*) signifie un taux statistiquement différent de celui de la province ( $p < 0,05$ ). Le taux du Nouveau-Brunswick n'était pas significativement différent de la moyenne nationale. Les blessures entraînant le placement en établissement ou le décès de la victime sont exclues.

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010 (cycles annuels combinés; taille de l'échantillon pour le Nouveau-Brunswick : 4 598).

à-dire les lésions corporelles infligées dans des circonstances où personne n'avait l'intention délibérée de se blesser ou de blesser autrui. Les coûts estimés comprennent à la fois les coûts directs au système de soins de santé (qui englobent les soins hospitaliers, ambulatoires, de réadaptation et à domicile) et les coûts indirects associés à la diminution de la productivité en raison d'une hospitalisation, d'une incapacité ou du décès prématuré de la victime. Les blessures touchent tout le monde à un moment ou à un autre de la vie et peuvent pour la plupart être évitées.

## Incidence des blessures sur la santé

Le degré de gravité des blessures varie, depuis de simples bosses et contusions jusqu'à des incapacités permanentes (p. ex. cécité, lésion de la moelle épinière, lésion cérébrale), voire la mort. Comme pour tout autre problème de santé, l'apparition des symptômes physiques peut amener les personnes à demander de l'aide et à recevoir un diagnostic et un traitement, qui peut se rendre, dans certains cas, jusqu'à l'hospitalisation. Des données issues de sources multiples (p. ex. des enquêtes sur la population, des dossiers de soins cliniques, des registres de décès et des dossiers administratifs d'organismes gouvernementaux, de groupes communautaires ou d'autres entités) fournissent des renseignements utiles sur le fardeau des blessures au Nouveau-Brunswick ainsi qu'à l'échelle régionale, nationale et internationale.

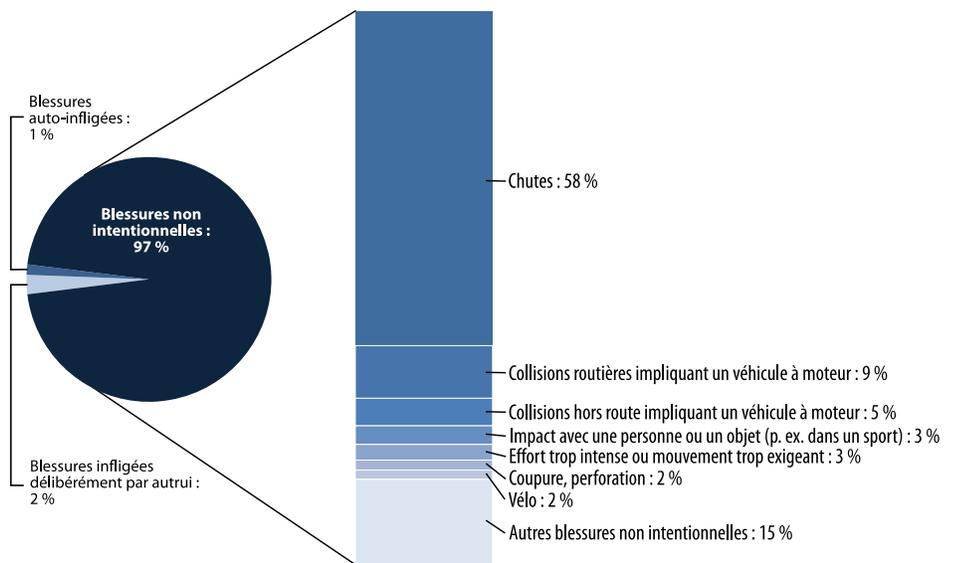
D'après les données de l'ESCC, environ la moitié (53 p. 100) des Néo-Brunswickois ayant subi une blessure causant une limitation des activités dans les 12 mois précédents ont consulté un professionnel de la santé pour des soins médicaux dans les 48 heures suivant l'incident, soit quelque 47 700 personnes [4]. Ce taux est très près de la moyenne nationale (54 p. 100).

De plus, d'après les données de la Base de données sur les congés des patients, les blessures sont la cause d'environ 5 600 hospitalisations dans une unité de soins actifs au Nouveau-Brunswick chaque année (figure 2). La plupart (97 p. 100) des hospitalisations liées à une blessure sont dues à une blessure non intentionnelle, et les chutes en

sont la cause la plus courante (58 p. 100). Des collisions impliquant des véhicules à moteur sur la route (c.-à-d. des blessures infligées au conducteur ou au passager d'un véhicule à moteur sur la voie publique ou dans une rue) ou hors route (p. ex. des blessures infligées à toute personne transportée par un véhicule tout terrain, une motoneige ou une moto hors route) constituent également des causes importantes de blessures et, prises ensemble, sont à l'origine de 14 p. 100 des hospitalisations liées à une blessure dans la province.

### Figure 2 : Répartition en pourcentage d'hospitalisations attribuables à des blessures au Nouveau-Brunswick, selon la cause

Les blessures ont donné lieu à quelque 5 600 hospitalisations dans les unités de soins actifs au Nouveau-Brunswick chaque année depuis l'an 2000. La plupart étaient attribuables à des blessures non intentionnelles, souvent liées à des activités de la vie quotidienne. La cause la plus courante, les chutes (p. ex. la victime a perdu pied ou trébuché), représentait 58 p. 100 des hospitalisations liées à une blessure.



**Remarque :** Les données portent sur les résidents du Nouveau-Brunswick qui ont reçu des soins pour patient hospitalisé dans une unité de soins actifs, et sont classées selon la Classification internationale des maladies (CIM-10-CA). Les soins ambulatoires, les effets indésirables des soins médicaux et les blessures dont on ne sait pas si elles étaient délibérées ou non sont exclus.

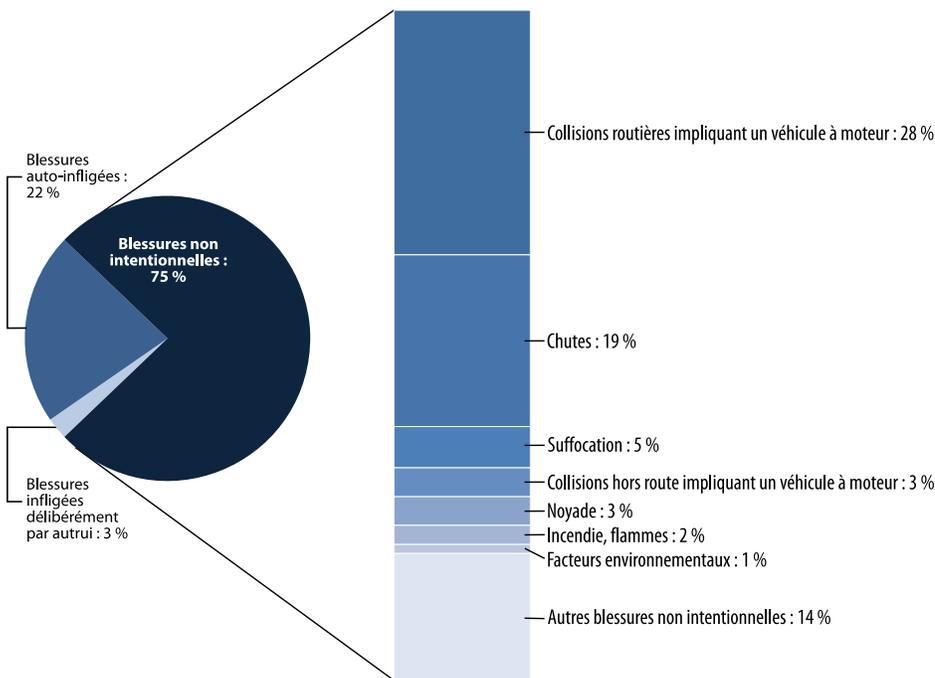
**Source :** Bureau du médecin-hygiéniste en chef, à partir de données tirées de la Base de données sur les congés des patients pour les exercices de 2000-2001 à 2010-2011 (nombre total d'hospitalisations attribuables à une blessure : 61 971 pour la période de onze ans).

En ce qui concerne les blessures graves (c.-à-d. qui nécessitent que la victime soit admise à un centre de traumatologie, conformément à ce qui est indiqué dans le Registre national des traumatismes), 15 p. 100 des cas au Nouveau-Brunswick sont liés aux sports et aux activités récréatives, ce qui est assez semblable à la moyenne nationale (13 p. 100) [6]. Et, pourtant, la plupart de ces blessures auraient pu être évitées. À titre d'exemple, 78 p. 100 des cyclistes hospitalisés au Canada au cours des dix dernières années en raison d'un traumatisme crânien ne portaient pas de casque au moment où ils se sont blessés [7]. Les blessures menant à une hospitalisation infligées aux jeunes Canadiens dans les incidents impliquant un véhicule à moteur hors route surviennent le plus souvent lorsque le conducteur est un enfant ou un jeune n'ayant pas l'âge légal pour conduire (89 p. 100 dans le cas des motos hors route, 60 p. 100 dans le cas des motoneiges et 50 p. 100 dans le cas des véhicules tout terrain) [8].

Une proportion faible mais non négligeable de blessures se soldent par le décès de la victime. Les trois quarts des blessures mortelles au Nouveau-Brunswick sont des blessures non intentionnelles, liées en grande partie aux collisions routières impliquant des véhicules à moteur et à des chutes (figure 3). Les décès attribuables à des blessures infligées lors d'une collision routière impliquant des véhicules à moteur constituent environ le quart des décès liés à des blessures au Nouveau-Brunswick.

### Figure 3 : Répartition en pourcentage des décès dus à des blessures au Nouveau-Brunswick, selon la cause

Au cours de la dernière décennie, les blessures ont été à l'origine de quelque 350 décès (4,6 pour 10 000 habitants) par année au Nouveau-Brunswick. Parmi les causes les plus courantes, on compte les collisions routières impliquant un véhicule à moteur et les chutes, qui, prises ensemble, constituaient près de la moitié (47 p. 100) des blessures mortelles. Malgré le discours dominant selon lequel ces blessures sont « accidentelles », elles découlent pour la plupart de situations à la fois prévisibles et évitables.



**Remarque :** Les données portent sur les résidents du Nouveau-Brunswick ayant succombé à une blessure, et sont classées selon la Classification internationale des maladies (CIM-10). Les blessures dont on ne sait pas si elles étaient délibérées ou non sont exclues.

**Source :** Bureau du médecin-hygiéniste en chef, à partir de données sur la mortalité tirées des Statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick pour les années civiles de 2000 à 2009 (nombre total de décès attribuables à une blessure : 3 500 sur la période de dix ans).

Cette proportion correspond aux estimations de l'Organisation mondiale de la Santé quant au nombre de décès découlant de blessures dues à des incidents de la circulation routière dans le monde [9].

Les taux de décès prématurés ont régressé au Nouveau-Brunswick et au Canada au cours des 30 dernières années. Dans l'ensemble, l'espérance de vie à la naissance, qui est une mesure de la durée de vie moyenne, est à peu près la même au Nouveau-Brunswick que la moyenne nationale (80,2 ans contre 80,9 ans) [2]. Par contre, le recul de la mortalité évitable n'a pas été aussi rapide en ce qui concerne les décès attribuables aux blessures comparé à certaines autres causes de décès, notamment les maladies de l'appareil circulatoire (p. ex. les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux). Les blessures non intentionnelles occupent maintenant le deuxième rang des causes d'années potentielles de vie perdues (APVP) au Nouveau-Brunswick, le cancer étant la cause première [10]. En tant qu'indicateur des tendances relatives à la mortalité chez les groupes moins âgés, le taux d'APVP en raison de blessures non intentionnelles au Nouveau-Brunswick est estimé à 89 pour 10 000 habitants (figure 4). Ce taux est statistiquement plus élevé que celui de l'ensemble du Canada (62 pour 10 000 habitants), ce qui indique une certaine combinaison d'un nombre supérieur de décès prématurés et de décès à un plus jeune âge au Nouveau-Brunswick. Le taux d'APVP pour les décès découlant d'un suicide ou d'autres gestes d'automutilation est de 40 pour 10 000 habitants au Nouveau-Brunswick, ce qui n'est pas différent, sur le plan statistique, de la moyenne nationale (p < 0,05) une fois des adaptations apportées pour éliminer les différences dans les structures par âge entre la population provinciale et la population nationale.

Des données et des renseignements supplémentaires sur le fardeau des blessures au Nouveau-Brunswick sont présentés en annexe.

### Facteurs contributifs

Les blessures peuvent survenir en tout lieu (à la maison, au travail, à l'école ou dans les aires de jeu) et chez des personnes de tout âge (des nouveau-nés aux personnes âgées). Les risques de blessure varient toutefois en fonction des groupes de population. Les interventions destinées à prévenir les blessures, y compris l'évaluation et la gestion des risques, doivent tenir compte des risques et des conséquences qui diffèrent selon le sexe et le groupe d'âge. En règle générale, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de s'infliger des blessures mortelles ou de subir des blessures non intentionnelles auxquelles ils succomberont. Les études épidémiologiques et démographiques montrent que les enfants sont plus à risque de morbidité et de mortalité lié aux blessures non intentionnelles que les groupes de population plus âgés [11]. De nombreux éléments montrent que les blessures touchent de manière disproportionnée les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique, dont les collectivités des Premières Nations [12-16].

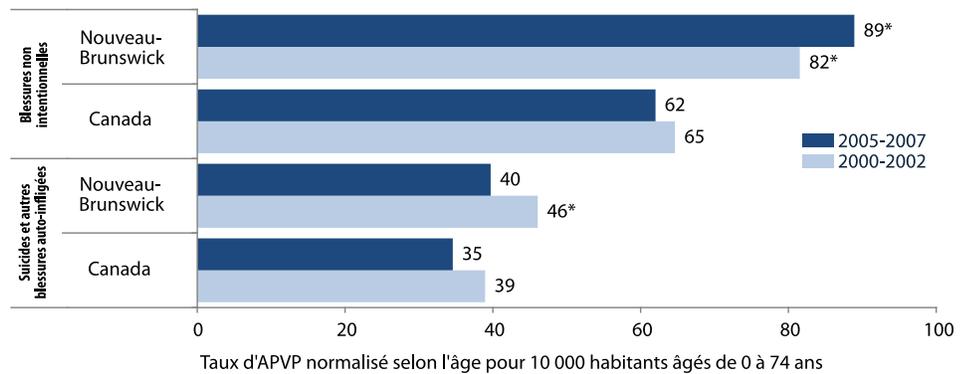
Au Nouveau-Brunswick, quoique la majorité des enfants et des jeunes d'aujourd'hui soient en santé, les données de l'ESCC montrent que ce groupe est le plus susceptible de subir des blessures : plus du quart (27 p. 100) des jeunes de 12 à 19 ans ont subi une blessure causant la limitation des activités dans les 12 mois précédents, ce qui équivaut à près de deux fois la proportion pour les adultes de 20 à 64 ans (14 p. 100) et à trois fois celle des personnes de 65 ans et plus (9 p. 100) (figure 5) [4]. Chez les enfants d'âge scolaire, les plus jeunes sont plus susceptibles de se blesser autour de leur domicile tandis que les plus vieux sont plus susceptibles de se blesser dans des installations sportives [17]. Les blessures sont l'une des causes principales d'hospitalisation et de décès chez les enfants et les jeunes. D'ailleurs, en 2009-2010, les blessures non intentionnelles constituaient 45 p. 100 des décès chez les Néo-Brunswickois âgés de 15 à 24 ans comparativement à 4 p. 100 pour la population dans son

ensemble [3]. Cette différence s'explique en partie par le fait que les adolescents et les jeunes adultes sont moins touchés par les maladies chroniques et ont un taux de mortalité inférieur si on les compare avec les adultes plus âgés. En règle générale, le Canada et le Nouveau-Brunswick ont réussi à faire diminuer le taux de blessures non intentionnelles chez les jeunes, mais il y a encore place à l'amélioration [11]. Le Nouveau-Brunswick affichait le taux le plus élevé d'hospitalisation en raison de blessures non intentionnelles chez les enfants de 1 à 14 ans au Canada atlantique pour la décennie de 1996 à 2005 [18].

De nombreuses interventions se sont avérées efficaces pour réduire les incidences négatives des blessures sur la santé des jeunes, notamment des initiatives en matière d'éducation et de sensibilisation, des cadres législatifs et stratégiques ainsi que des normes et des directives sur les produits de consommation. Ces interventions pouvaient concerner, par exemple, l'utilisation de sièges d'auto pour enfants ainsi que le port d'un casque, de vêtements de flottaison individuels et d'autres types de mesures de protection physiques. Ce ne sont cependant pas tous les enfants qui ont pu bénéficier des progrès réalisés. De plus en plus de données montrent que la privation sociale est associée à un fardeau accru des blessures chez les enfants [19]. Des études de partout au Canada révèlent que les enfants des quartiers à faible revenu ont habituellement des taux plus élevés d'hospitalisation en raison de blessures non intentionnelles que les enfants des quartiers mieux nantis [20, 21]. La qualité de l'habitation est un facteur de risque important de blessures non intentionnelles chez les enfants, car elle influe sur l'exposition à des dangers physiques et aux polluants intérieurs [22]. La mise en place d'incitatifs économiques pour les groupes défavorisés (p. ex. sièges d'appoint gratuits) peut avoir des effets positifs sur l'acquisition et l'utilisation de certains types de matériel de sécurité. Il existe toutefois un obstacle important à l'utilisation de matériel de sécurité à la maison en vue de réduire le nombre de blessures non intentionnelles chez les enfants : l'incapacité des parents à modifier une habitation louée ou partagée [23]. La stigmatisation sociale, la culture du secret et la gêne continuent de miner les efforts destinés à améliorer les connaissances en santé mentale et à comprendre pourquoi certains jeunes peuvent recourir à

## Figure 4 : Tendances relatives aux taux d'années potentielles de vie perdues en raison de blessures, Nouveau-Brunswick et Canada

Au Nouveau-Brunswick, le taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) en raison de blessures non intentionnelles – dont le nombre correspond à 18 p. 100 du total d'APVP, toutes causes de décès prématuré confondues – est demeuré stable ces dernières années, mais à des niveaux plus élevés que la moyenne nationale. Le nombre d'APVP en raison du suicide et d'autres blessures auto-infligées représente 8 p. 100 du total d'APVP, toutes causes confondues, ce qui constitue un recul par rapport à la situation d'il y a cinq ans (9 p. 100 du total d'APVP). Selon les données les plus récentes, le taux provincial correspond à la moyenne nationale.

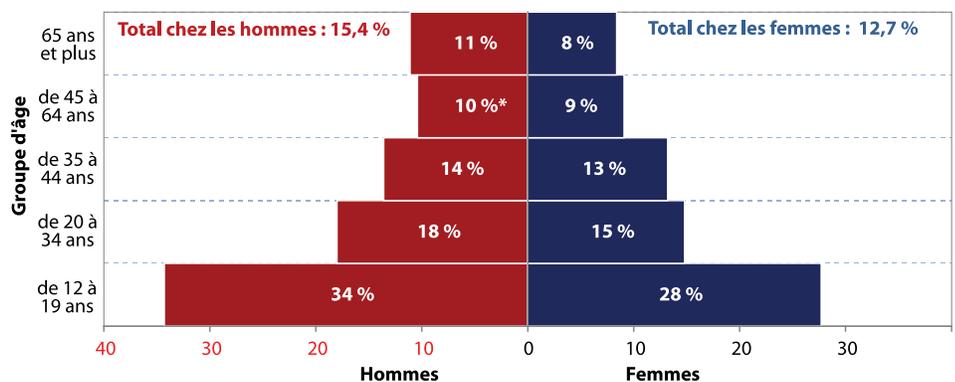


**Remarque :** Le symbole d'astérisque (\*) signifie un taux statistiquement supérieur au taux canadien ( $p < 0,05$ ). Les taux pour le Nouveau-Brunswick n'étaient pas significativement différents entre les deux périodes de référence. Le nombre d'APVP représente le nombre d'années potentielles de vie qu'une personne décédée prématurément, c'est-à-dire ici avant 75 ans, n'a pas vécues. Les taux sont calculés parmi la population âgée de 0 à 74 ans et normalisés selon l'âge en fonction de la structure de la population au recensement canadien de 1991.

**Source :** Statistique Canada, Tableau 102-4309 : Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, CANSIM (base de données en ligne).

## Figure 5 : Pourcentage de Néo-Brunswickois âgés de 12 ans et plus qui ont subi des blessures au cours de l'année précédente, selon le groupe d'âge et le sexe, 2009-2010

En règle générale, le risque de blessure est plus grand chez les hommes que chez les femmes. Environ 15 p. 100 des hommes du Nouveau-Brunswick ont déclaré avoir subi une blessure dans les 12 mois précédents, comparativement à une proportion de 13 p. 100 chez les femmes. Le risque de blessure diminue généralement avec l'âge à partir de l'enfance et de l'adolescence, et ce, pour les membres des deux sexes.



**Remarque :** Le symbole d'astérisque (\*) signifie un taux statistiquement inférieur au taux canadien ( $p < 0,05$ ). Les autres taux propres à un certain groupe d'âge et à un sexe pour le Nouveau-Brunswick n'étaient pas statistiquement différents de la moyenne nationale. Les blessures entraînant le placement en établissement ou le décès de la victime sont exclus.

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010.

l'automutilation [15].

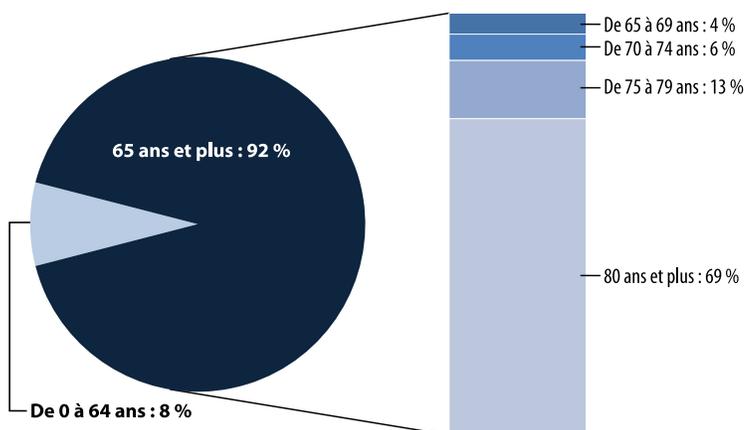
Les blessures non intentionnelles demeurent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les adultes en âge de travailler, surtout les blessures infligées lors d'un incident lié au transport. L'alcool est l'un des grands facteurs qui contribuent au fardeau des blessures. En effet, l'alcool était présent dans les deux cinquièmes (39 p. 100) des décès survenus lors d'une collision impliquant un véhicule à moteur au Canada en 2008, les victimes étant pour la plupart âgées de 16 à 55 ans, et on n'a observé aucune diminution importante de la contribution de l'alcool aux taux de mortalité depuis 1998 [8]. Au Nouveau-Brunswick, le Bureau du coroner en chef indique que l'alcool ou les drogues ont contribué au sixième (17 p. 100) des décès dus à une blessure non intentionnelle dans la province [24]. La toxicomanie ainsi que d'autres problèmes sociaux tels que les arrêts de travail, l'éclatement de la famille et la pauvreté sont aussi étroitement liés aux comportements suicidaires [15].

Les blessures qui se produisent au travail ou autour du domicile pendant des activités de loisirs sont une autre préoccupation importante en matière de santé et de sécurité chez les adultes. D'après les conclusions de l'ESCC, à l'échelle nationale, près du tiers (29 p. 100) des blessures causant une limitation des activités chez les adultes en âge de travailler surviennent pendant qu'ils font du sport ou de l'exercice et 18 p. 100, dans le cadre d'un travail rémunéré [25]. Les blessures causées par un effort trop intense ou des mouvements trop exigeants sont environ deux fois plus fréquentes chez les adultes en âge de travailler que chez les jeunes et les personnes âgées.

Les blessures liées aux chutes sont une cause importante de morbidité, de perte d'autonomie et de mortalité chez les groupes les plus âgés (figure 6). Les chutes sont d'ailleurs la cause la plus courante de blessures chez les personnes âgées au Canada et dans le monde, et on estime qu'une personne sur trois de 65 ans et plus est susceptible de tomber au moins une fois par année [26, 27]. Au Nouveau-Brunswick, en 2007-2008, 6,3 p. 100 des hospitalisations chez les personnes âgées étaient liées à une chute non intentionnelle, ce qui correspond à peu près à la moyenne nationale (7 p. 100). Dans plus du tiers (36 p. 100) des hospitalisations liées à une chute, la victime a subi une fracture de la hanche, et la plupart des chutes ont eu lieu à la maison [28].

### Figure 6 : Répartition des décès attribuables à une chute non intentionnelle au Nouveau-Brunswick, selon le groupe d'âge

Les chutes non intentionnelles sont à l'origine de 87 décès (1,2 pour 10 000 habitants) au Nouveau-Brunswick chaque année. Le fardeau des blessures liées à une chute augmente avec l'âge. Plus de 90 p. 100 des blessures mortelles dues à des chutes surviennent chez les personnes âgées, dont les trois quarts appartiennent au groupe des 80 ans et plus.



**Remarque :** Les données portent sur les résidents du Nouveau-Brunswick et sont classées selon la cause sous-jacente du décès, à savoir les circonstances entourant l'incident ayant mené à la blessure mortelle.

**Source :** Bureau du médecin-hygiéniste en chef, à partir des données des Statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick pour 2006-2008.

S'il est vrai que les hommes sont en général plus susceptibles de subir des blessures non intentionnelles que les femmes, on observe le contraire dans les statistiques chez les personnes âgées : les femmes âgées sont beaucoup plus susceptibles de se blesser lors d'une chute que les hommes âgés [12]. Cette situation s'explique en partie par le fait que les femmes vivent plus longtemps que les hommes et que la fréquence des blessures liées aux chutes augmente avec l'âge [29]. D'après l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2007-2008, 28 p. 100 des personnes âgées hospitalisées en raison d'une chute au Nouveau-Brunswick ont été transférées dans un foyer de soins à la suite de leur hospitalisation, comparativement au taux de transfert moyen de 19 p. 100 pour la région de l'Atlantique [28]. L'accès à un soutien à domicile et à des foyers de soins adéquats pourrait avoir une incidence sur le temps qu'une personne âgée passe dans un lit d'unité de soins actifs à l'hôpital.

Un certain nombre de facteurs biologiques, comportementaux, environnementaux et socio-économiques sont couramment associés aux chutes chez les personnes âgées. La faiblesse musculaire et une diminution de la capacité physique sont des facteurs de risque importants et multiplient par quatre, voire cinq, le risque de tomber [28]. Parmi les autres facteurs de risque, on compte les maladies chroniques, la diminution de l'acuité visuelle, un déficit cognitif, certains médicaments, l'incapacité de se procurer du matériel de sécurité (p. ex. protecteurs de la hanche, chaussures adéquates) et le peu d'occasions de faire de l'activité physique. Il a été montré que les programmes d'exercice à l'intention des personnes âgées présentant des facteurs de risque ainsi que les exercices de groupe non ciblés offerts dans la collectivité (notamment le tai-chi et d'autres activités qui travaillent sur l'équilibre) sont efficaces dans la prévention des chutes au sein de la population [30].

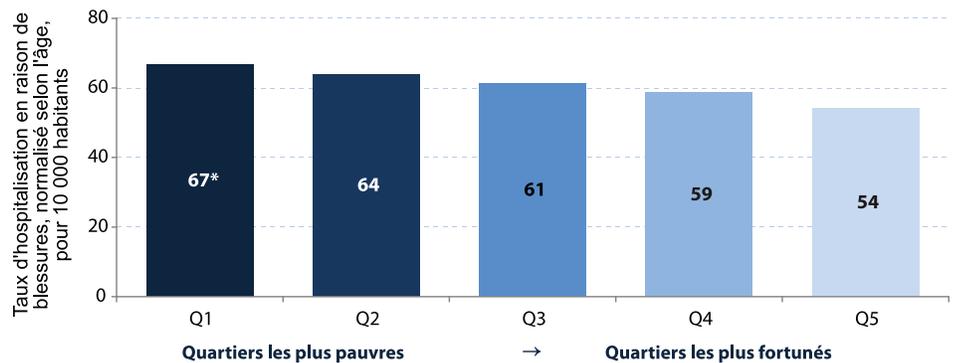
La plupart des blessures ne découlent pas d'un seul facteur, mais plutôt de l'interaction entre de multiples facteurs, dont bon nombre peuvent être modifiés. Il faudra davantage de données et de bases factuelles pour pouvoir quantifier entièrement les niveaux, les tendances, les risques et les incidences des blessures au Nouveau-

Brunswick et pour pouvoir évaluer l'efficacité et la justesse des politiques, des programmes et des services de prévention des blessures, qui agissent sur les déterminants médicaux et non médicaux de la santé et des blessures (figure 7). On reconnaît de plus en plus la nécessité de se doter de services intégrés qui tiennent compte des liens entre les sphères physique, mentale et sociale. Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef travaille de concert avec le Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick, l'Agence de la santé publique du Canada et d'autres partenaires à renforcer les données probantes sur le fardeau des blessures dans la province et à l'échelle du pays par une augmentation de la surveillance, de la recherche, de l'analyse et de l'échange de connaissances [31]. Pour que la prévention des blessures dans tous les groupes de la population porte fruit, il faut que les décideurs, les planificateurs de programmes, les professionnels de la santé, les organismes chargés de l'application de la loi, les éducateurs, les groupes communautaires, le secteur privé et d'autres comme les familles, les amis et les collègues investissent du temps et fassent preuve d'engagement.

Au Nouveau-Brunswick comme partout ailleurs, la prévention des blessures est de la responsabilité de chacun.

## Figure 7 : Taux d'hospitalisation en raison de blessures, par quintile de revenu du quartier, Nouveau-Brunswick, 2010-2011

Les inégalités socioéconomiques sont associées à un fardeau des blessures supérieur. Les Néo-Brunswickois habitant dans les quartiers à faible revenu ont des taux d'hospitalisation en raison de blessures plus élevés que ceux des quartiers mieux nantis. Si chacun des groupes de revenus du quartier avait le même taux d'hospitalisation que le groupe le plus fortuné, on pourrait s'attendre à une chute de 11 p. 100 du taux global d'hospitalisation en raison de blessures pour la province. L'utilisation des quintiles de revenu du quartier est une façon d'évaluer les inégalités en matière de santé; elle doit toutefois être complétée par d'autres indicateurs du statut socioéconomique et du rendement du système de santé si l'on veut pouvoir mieux cibler les politiques, les programmes et les services susceptibles d'engendrer des gains importants.



**Remarque :** Le symbole d'astérisque (\*) signifie des inégalités statistiquement significatives entre le taux du quintile 1 (Q1) et celui du quintile 5 (Q5) ( $p < 0,05$ ). Le quintile 1 désigne les quartiers les plus pauvres et le quintile 5, les plus fortunés. Les quintiles ont été établis à l'aide des méthodes créées par Statistique Canada.

**Source :** Adapté de *Indicateurs de santé 2012*, Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2012.

### Pour en savoir plus :

- **Prévention des blessures non intentionnelles** : [http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/gens\\_en\\_sante/content/prevention\\_des\\_blessures.html](http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/gens_en_sante/content/prevention_des_blessures.html)
- **Prévention du suicide** : <http://www.gnb.ca/0055/index-f.asp>
- **Prévention de la violence** : <http://www.gnb.ca/0012/violence/index-f.asp>

### Dans le prochain numéro des *Indicateurs de la santé du Nouveau-Brunswick* :

- Pleins feux sur les blessures non intentionnelles liées aux sports, aux activités récréatives et à l'exercice.

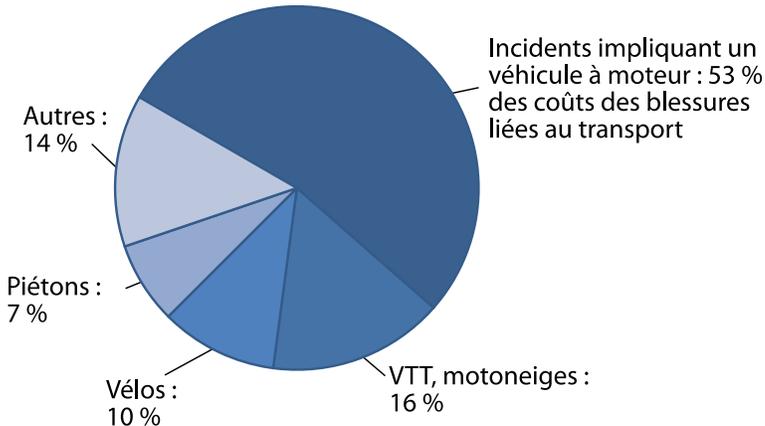
## Références

1. Organisation mondiale de la Santé, « Traumatismes », «<http://www.who.int/topics/injuries/fr/index.html>», consulté le 19 octobre 2012.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2012*, Ottawa, 2012.
3. Service Nouveau-Brunswick, « Rapports sur les Statistiques de l'état civil : Statistiques annuelles », «<http://www.snb.ca/f/1000/1000-01/f/annual-f.asp>», consulté le 23 juillet 2012.
4. Statistique Canada, *Tableau 105-0502 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations pour une période de deux ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2011)*, CANSIM (base de données), «<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/>», consulté le 19 octobre 2012.
5. SAUVE-QUI-PENSE, *Le fardeau économique des blessures au Canada*, Toronto, 2009.
6. Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport de 2011 du Registre national des traumatismes : hospitalisations pour blessures graves au Canada (données de 2008-2009)*, Ottawa, 2011.
7. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre d'hospitalisations au Canada en raison d'une blessure liée au cyclisme, 2009-2010*, Ottawa, juillet 2011, coll. « Registre des traumatismes », «[http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/pdf/internet/info\\_cycling\\_injury\\_09-10\\_fr](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/pdf/internet/info_cycling_injury_09-10_fr)», consulté le 19 octobre 2012.
8. Agence de la santé publique du Canada, *Étude des blessures, édition 2011 – résultats sélectionnés : pleins feux sur la sécurité routière en matière de transport*, Ottawa, 2011.
9. Margie Peden et coll., dir., *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
10. Statistique Canada, *Tableau 102-4309 : Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires*, CANSIM (base de données), «<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/>», consulté le 25 octobre 2012.
11. Agence de santé publique du Canada, *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*, Ottawa, 2009.
12. Collaboration atlantique pour la prévention des blessures, *Les déterminants sociaux des blessures*, Halifax, 2012.
13. Agence de santé publique du Canada, *Étude des blessures chez les enfants et les jeunes, édition 2009 : pleins feux sur la sécurité des produits de consommation*, Ottawa, 2009.
14. Santé Canada, *Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada*, Ottawa, 2001.
15. Association canadienne pour la prévention du suicide, *The CASP National Suicide Prevention Strategy*, Winnipeg, 2009.
16. Santé Canada, « Santé des Premières nations et des Inuits : Prévention du suicide », «<http://hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/suicide/index-fra.php>», consulté le 6 novembre 2012.
17. Santé Canada, *Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire – La santé des jeunes : tendances au Canada*, Ottawa, 1999.
18. SécuriJeunes Canada et coll., *Blessures accidentelles chez les enfants et les adolescents : provinces de l'Atlantique : étude des dix dernières années*, Toronto, SécuriJeunes Canada, 2009.
19. T. Dowswell et E. Towner, « Social deprivation and the prevention of unintentional injury in childhood: A systematic review », *Health Education Research*, vol. 17, no 2 (2002), p. 221-237.
20. L. N. Oliver et D. E. Kohen, « Incidence du quartier sur les taux d'hospitalisation des enfants et des adolescents pour blessure non intentionnelle », *Rapports sur la santé*, vol. 21, no 4 (décembre 2010), produit no 82-003-XPF au catalogue de Statistique Canada.
21. M. Gagné et D. Hamel, « Défavorisation et hospitalisations pour blessures non intentionnelles chez les enfants québécois », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 29, no 2 (2009), p. 63-77.
22. Organisation mondiale de la Santé, « Indicators to improve children's environmental health », «<http://www.who.int/ceh/indicators/indicators2003/en/index1.html>», consulté le 6 novembre 2012.
23. J. Smithson, R. Garside et M. Pearson, « Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research », *Injury Prevention*, vol. 17 (2011), p. 119-126.
24. Nouveau-Brunswick, Bureau du coroner en chef, *Rapport annuel 2009*, Fredericton, Ministère de la Sécurité publique, 2011.
25. J. M. Billette et T. Janz, *Les blessures au Canada : un aperçu des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Ottawa, Statistique Canada, juin 2011, coll. « Coup d'œil sur la santé ».
26. Agence de santé publique du Canada, *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2010 : Vieillir – Ajouter de la vie aux années*, Ottawa, 2010.
27. Organisation mondiale de la Santé, *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*, Genève, 2007.
28. Institut canadien d'information sur la santé, *Chutes chez les aînés – provinces de l'Atlantique*, Ottawa, juin 2010, coll. « Analyse en bref ».
29. Agence de santé publique du Canada, *Blessures associées aux chutes chez les personnes âgées*, Ottawa, 2002, « SCHIRPT- Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes : Échantillon des données ».
30. L. D. Gillespie et coll., « Interventions for preventing falls in older people living in the community », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 2 (2009).
31. Nouveau-Brunswick, Bureau du médecin-hygiéniste en chef et Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick, *Cadre pour la prévention des blessures non intentionnelles au Nouveau-Brunswick*, Fredericton, ministère de la Santé, 2012, «[http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/GensSante/CadrePreventionBlessuresNonIntentionnelles\\_oct2012.pdf](http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/GensSante/CadrePreventionBlessuresNonIntentionnelles_oct2012.pdf)», consulté le 6 novembre 2012.

## Annexe

### Figure A.1. Répartition des coûts des blessures liées au transport au Nouveau-Brunswick

Le fardeau économique des incidents de transport au Nouveau-Brunswick est estimé à 128 \$ par habitant chaque année, ou 21 p. 100 du coût total des blessures. Plus de la moitié du coût des blessures liées au transport est attribuable aux collisions routières impliquant un véhicule à moteur, le deuxième facteur le plus important étant les véhicules tout terrain et les motoneiges.

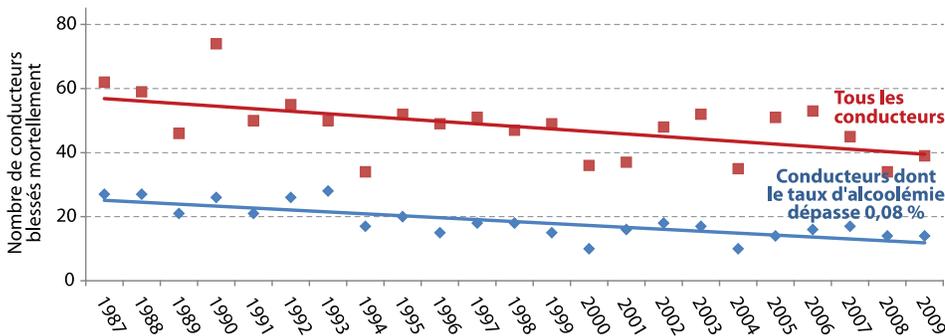


**Remarque :** Le fardeau économique englobe les coûts directs pour le système de soins de santé (soins hospitaliers, ambulatoires, de réadaptation et à domicile) et les coûts indirects associés à la diminution de la productivité en raison d'une hospitalisation, d'une incapacité ou d'un décès prématuré.

**Source :** Adapté de *Le fardeau économique des blessures au Canada*, SAUVE-QUI-PENSE, Toronto, 2009.

### Figure A.2. Tendances relatives au nombre de conducteurs de véhicule à moteur blessés mortellement au Nouveau-Brunswick, selon la consommation d'alcool

Au Nouveau-Brunswick, tous les conducteurs ayant succombé à leurs blessures après une collision routière en 2009 ont été soumis à un test de dépistage d'alcool. D'après les résultats de ces tests, 40 p. 100 des conducteurs avaient consommé de l'alcool et 36 p. 100 avaient un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi (80 mg par 100 ml de sang). Le nombre de conducteurs en état d'ébriété blessés mortellement a diminué de plus du tiers dans la province au cours des 20 dernières années. Le nombre global de conducteurs ayant succombé à leurs blessures a diminué à un rythme sensiblement égal, ce qui fait que la proportion de conducteurs dont les facultés étaient affaiblies parmi ceux qui ont été blessés mortellement est demeurée plutôt constante depuis les années 1990.

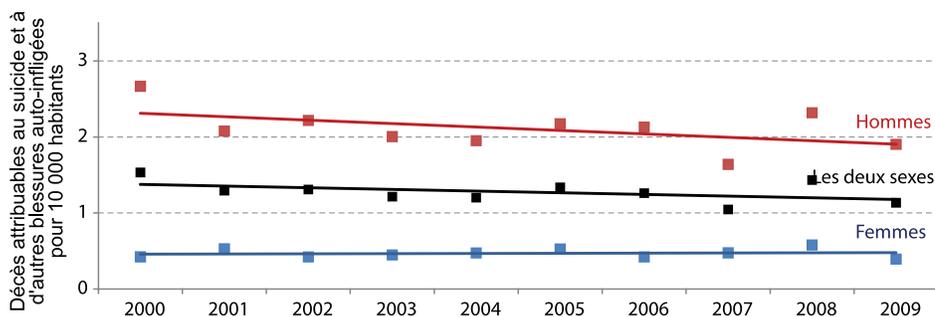


**Remarque :** Les données portent sur les conducteurs d'une automobile, d'un camion, d'une fourgonnette ou d'une motocyclette qui sont décédés moins de six heures après une collision sur la voie publique ou non. Les lignes du graphique illustrent de manière statistique les fluctuations moyennes dans les chiffres. Les incidents dans lesquels le conducteur n'a pas été soumis à un test de dépistage d'alcool et les collisions associées à un piéton en état d'ébriété sont exclus.

**Source :** Adapté de *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada : 2009*, Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, Ottawa, 2011.

### Figure A.3. Tendances relatives aux taux de décès dus à des blessures auto-infligées au Nouveau-Brunswick, selon le sexe

Le nombre annuel moyen de décès attribuables au suicide et à d'autres blessures mortelles auto-infligées au Nouveau-Brunswick était de 93 (1,1 pour 10 000 habitants) pour la période de 2005 à 2009, ce qui constitue un léger recul par rapport aux 98 (1,5 pour 10 000 habitants) enregistrés pour la période de 2000 à 2004. Le taux de décès par suicide a chuté chez les hommes au cours de la dernière décennie, mais est demeuré plutôt stable du côté des femmes, l'écart entre les sexes se refermant donc peu à peu au fil du temps. Par contre, le taux demeure tout de même quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

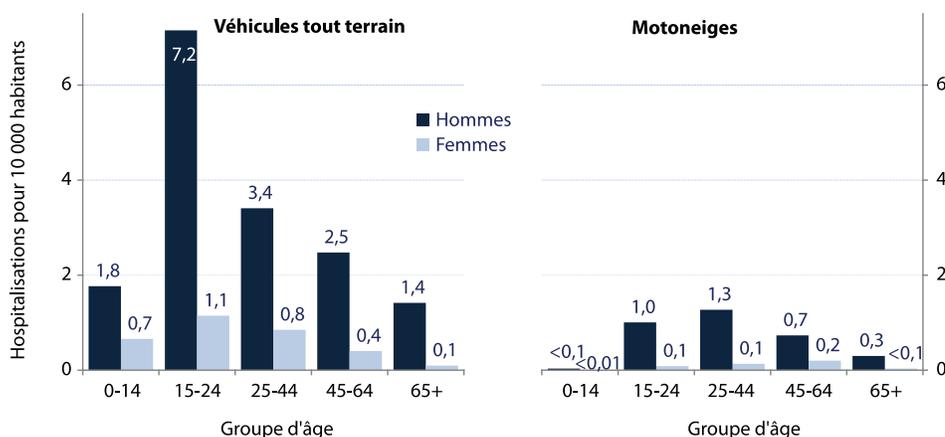


**Remarque :** Les données portent sur les résidents du Nouveau-Brunswick et sont classées en fonction de la cause sous-jacente du décès, à savoir les circonstances entourant l'incident ou le geste de violence ayant causé la blessure mortelle.

**Source :** Bureau du médecin-hygiéniste en chef, à partir des données des Statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick et des estimations démographiques de Statistique Canada.

### Figure A.4. Taux d'hospitalisations en raison de blessures impliquant un véhicule tout terrain ou un motoneige, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick

Chaque année, les blessures chez les occupants de véhicules tout terrain (VTT) entraînent quelque 137 hospitalisations en soins actifs au Nouveau-Brunswick. On relève également 32 hospitalisations en moyenne pour les occupants de motoneiges. La plupart de ces hospitalisations concernent des hommes : ils représentent 83 % des blessés dans les incidents de VTT et 87 % dans les incidents de motoneiges. Près des deux tiers (62 %) des hospitalisations liées à des blessures subies lors d'incidents de VTT ou de motoneiges concernent la tranche d'âge des 15-44 ans, mais tous les groupes d'âge sont concernés.

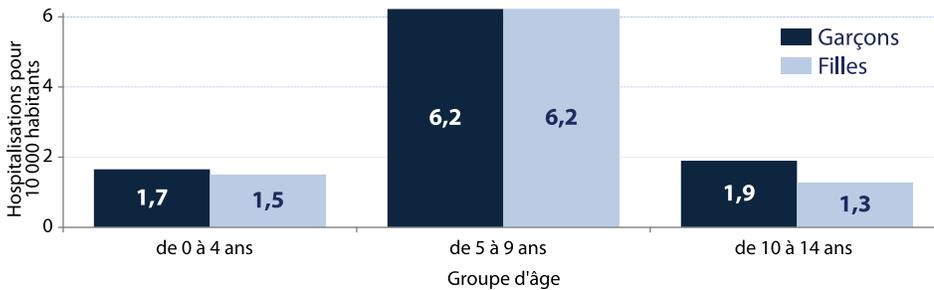


**Note :** Les données portent sur les résidents du Nouveau-Brunswick qui ont reçu des soins pour patient hospitalisé dans une unité de soins actifs, suite à des blessures subies en tant que conducteur ou passager d'un véhicule tout terrain ou d'une motoneige.

**Source :** Bureau du médecin-hygiéniste en chef, à partir des données de la Base de données sur les congés des patients de 2004 à 2008.

## Figure A.5. Taux d'hospitalisations chez les enfants en raison de blessures causées par une chute impliquant du matériel de terrain de jeu, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick

Chaque année, au Nouveau-Brunswick, une moyenne de 37 enfants âgés de moins de 15 ans subissent des blessures causées par des chutes impliquant du matériel de terrain de jeu assez graves pour nécessiter une hospitalisation. Les stratégies de prévention des blessures doivent vanter les incidences positives sur la santé de l'augmentation de l'activité physique tout en réduisant les risques de blessures. Les efforts de prévention ont souvent été freinés par la perception selon laquelle les blessures sont inévitables ou parce que les comportements sont difficiles à changer. Pour pouvoir élaborer des plans d'action efficace, il faudra obtenir des données et des éléments probants fiables, pertinents et opportuns et déterminer les populations et les catégories de blessures prioritaires en raison du risque élevé.

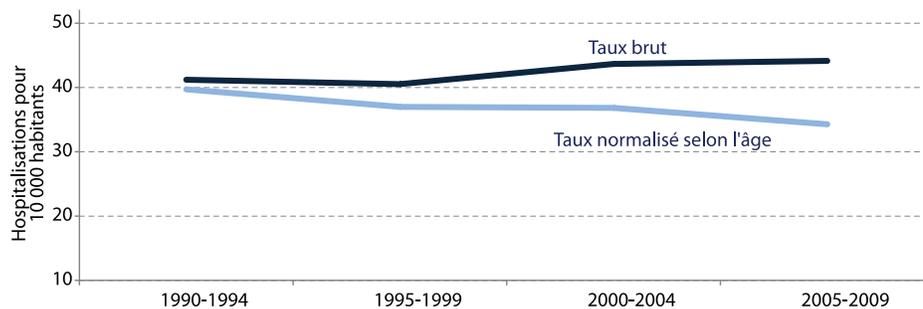


**Remarque :** Les données portent sur les résidents du Nouveau-Brunswick ayant reçu des soins pour des blessures en tant que patients hospitalisés dans une unité de soins actifs, selon la cause de blessure (code W09 du CIM-10 : chute du haut d'agrs équipant un terrain de jeux).

**Source :** Bureau du médecin-hygiéniste en chef, à partir des données de la Base de données sur les congés des patients de 2004 à 2008.

## Figure A.6. Tendances relatives aux taux d'hospitalisations en raison d'une chute non intentionnelle au Nouveau-Brunswick

Le taux brut d'hospitalisations dues à des chutes a légèrement augmenté au Nouveau-Brunswick au cours des deux dernières décennies. Cela est en partie attribuable à l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population, les blessures résultant de chutes étant plus courantes chez les aînés. Les taux bruts d'hospitalisations dues à des blessures (ou d'autres problèmes de santé) reflètent l'ampleur du problème dans la population à un moment donné. Cependant, leur utilité est limitée lorsqu'il s'agit d'effectuer des comparaisons entre les populations ou dans le temps. Pour améliorer la compréhension des besoins en initiatives de prévention et l'incidence de ces dernières, on peut utiliser des taux normalisés selon l'âge. Leur tendance à la baisse au fil du temps est révélatrice d'une diminution du risque relatif d'hospitalisation en raison de chutes non intentionnelles, après contrôle des effets liés aux changements démographiques.

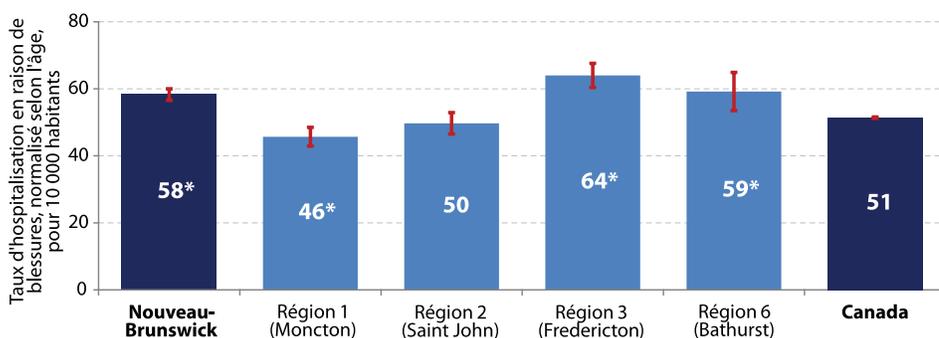


**Remarque :** Les taux sont fondés sur des moyennes quinquennales selon la cause de la blessure (codes W00 à W19 du CIM-10 : chutes). Les taux normalisés selon l'âge sont fondés sur la population du recensement canadien de 1991.

**Source :** Bureau du médecin-hygiéniste en chef, à partir des données sur les hospitalisations dans les unités de soins actifs tirées de la Base de données sur les congés des patients et des données sur la structure de la population de Statistique Canada.

## Figure A.7. Taux d'hospitalisations en raison de blessures, régions sanitaires sélectionnées, Nouveau-Brunswick et Canada, 2010-2011

Les indicateurs doivent réussir de nombreux tests pour être considérés comme de bonnes mesures de la santé et des blessures. Les intervalles de confiance sont de bons moyens d'indiquer la fiabilité d'une mesure de la santé d'une population donnée. Les mesures fondées sur un grand échantillon de population auront habituellement un faible intervalle de confiance et donneront donc de meilleures estimations. À l'inverse, les mesures fondées sur des populations restreintes – comme certaines régions sanitaires du Nouveau-Brunswick – sont sujettes à un degré de variabilité supérieur et, donc, doivent être interprétées avec prudence. Dans le graphique ci-dessous, les bandes verticales représentent l'intervalle de confiance pour chaque taux, ce qui peut aider à conclure si les valeurs sont statistiquement différentes. Les taux pour les petites régions ne sont toutefois pas présentés ici.



**Remarque :** Le symbole d'astérisque (\*) signifie un taux statistiquement différent du taux canadien ( $p < 0,05$ ). Les données portent sur les hospitalisations dans une unité de soins actifs en raison de blessures (sauf les empoisonnements). Les bandes verticales dans le graphique ci-dessus représentent l'intervalle de confiance de 95 p. 100 pour chaque taux. Les données des régions peu peuplées (moins de 50 000 habitants) ne sont pas déclarées afin de ne pas déstabiliser les taux et de réduire le risque de suppression pour des questions de confidentialité et de protection des renseignements personnels.

**Source :** Adapté de *Indicateurs de santé 2012*, Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2012.

Bureau du médecin-hygiéniste en chef, Pratique en santé publique et santé de la population,  
Ministère de la Santé, case postale 5100, Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8  
[www.gnb.ca/santepublique](http://www.gnb.ca/santepublique)