

Les Déterminants Sociaux des Blessures



acipcapb

Les Déterminants Sociaux des Blessures





TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	4
Préambule par Dr Dennis Raphael	5
Sommaire	7
Introduction	11
Au sujet de ce rapport.....	11
Méthodologie	11
Promotion de la santé, santé de la population et déterminants sociaux de la santé.....	12
Blessures	14
Déterminants sociaux de la santé et des blessures	17
Revenu et distribution du revenu	17
Emploi et conditions de travail.....	19
Environnement social et exclusion sociale	21
Éducation et alphabétisation	22
Logement	22
Environnements rural et urbain	23
Genre	24
Âge, population et blessures	27
Enfants	27
Adolescents	30
Personnes âgées.....	32
Peuples autochtones	34
Population LGBT	36
Considérations relatives aux pratiques exemplaires	37
Adopter une approche coordonnée.....	38
Mettre l’accent sur les populations les plus vulnérables.....	38
Politique d’hygiène public et environnements sécuritaires.....	39
Influencer les normes sociales.....	39
Réduire les obstacles à la sécurité	40
Changement à l’échelle communautaire	40
Fournir des informations	41
Recommandations	43
Ressources recommandées	45
Glossaire	46
Références	49

REMERCIEMENTS

LA COLLABORATION ATLANTIQUE POUR LA PRÉVENTION DES BLESSURES (CAPB) SOUHAITE REMERCIER HORIZONS COMMUNITY DEVELOPMENT ASSOCIATES POUR SON EXAMEN INITIAL ET SA SYNTHÈSE DE LA DOCUMENTATION SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DES BLESSURES ET LES PRATIQUES EXEMPLAIRES VISANT À RÉDUIRE LES BLESSURES ET LES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ.

LA CAPB SOUHAITE ÉGALEMENT EXPRIMER SA SINCÈRE RECONNAISSANCE AUX NOMBREUSES PERSONNES QUI ONT REVU *LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DES BLESSURES* ET FOURNI UNE RÉTROACTION. IL S'AGIT DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DU LEADERSHIP DE LA CAPB, AINSI QUE DU DR DENNIS RAPHAEL, DE LYNN LANGILLE, ET DE LISA TOBIN.



PRÉAMBULE

L'un des enjeux de politique publique les plus importants auxquels sont confrontées les personnes concernées par la prévention des blessures consiste à réunir les résultats de recherche qui montrent comment les conditions de vie quotidienne des gens – les déterminants sociaux de la santé – sont d'importants déterminants des blessures et d'appliquer ces résultats au service de la prévention des blessures. Cet enjeu ne concerne pas uniquement ceux qui travaillent dans le domaine de la prévention des blessures. Dans le domaine important de la prévention des maladies chroniques, les responsables des politiques et les travailleurs de la santé se sont efforcés de réunir des résultats indiquant que les déterminants sociaux de la santé, comme le revenu, l'emploi et les conditions de travail, la précarité du logement et l'insécurité alimentaire, sont d'importants prédicteurs des maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète de type 2 et d'appliquer ces résultats à la prévention de ces maladies.

Le présent document, *Les déterminants sociaux des blessures*, produit par la Collaboration atlantique pour la prévention des blessures, non seulement se propose d'appliquer ce que nous savons au sujet des déterminants sociaux des blessures au service de la prévention des blessures mais il y réussit admirablement. Il réunit soigneusement et dans un esprit critique ce que nous savons au sujet des déterminants sociaux des blessures au Canada et ailleurs et tire les conclusions de ces résultats pour ceux qui travaillent dans le domaine de la prévention des blessures. À ce titre, il s'agit d'un des rares documents qui soient capables de combler l'écart entre la théorie et l'action concernant les déterminants sociaux des blessures.

L'un des concepts clés établis dans ce document est la distinction entre la prévention primordiale – « la prise de mesures qui évitent l'émergence et l'établissement de conditions environnementales, économiques, sociales et comportementales, de modèles culturels et autres qui augmentent à notre connaissance le risque de maladies et de blessures » – et les activités traditionnelles de prévention comme « l'éducation, la mise à exécution et l'ingénierie ». Ces activités ne sont pas mutuellement exclusives et l'on peut défendre l'argument que les activités de prévention primordiale faciliteront l'acceptation et la réussite des activités de prévention traditionnelles. L'importance et la pertinence de chaque approche dépendront de l'activité particulière de prévention des blessures qui constitue l'axe de la mission et des activités connexes.

La prévention des blessures, tout comme le domaine plus vaste de la promotion de la santé, doit tenir compte des réalités immédiates de la vie quotidienne des individus, c'est-à-dire leur environnement familial et professionnel, leur collectivité et les ressources sociales, éducatives et économiques qui sont disponibles dans chaque environnement – en liaison avec les ressources personnelles des individus – afin de prévenir les blessures. Le document *Les déterminants sociaux des blessures* expose en termes prudents la complexité de cette entreprise et fournit une feuille de route pour les activités de prévention des blessures. Il promet d'être un document important en vue des efforts de promotion du bien-être des Canadiens.

Dennis Raphael, Ph. D.
Professeur en politique et gestion sanitaire
Université York



SOMMAIRE

INTRODUCTION

L'objet de ce rapport est de fournir aux praticiens de la prévention des blessures et aux responsables des politiques un aperçu des facteurs économiques et sociaux qui contribuent aux blessures intentionnelles et accidentelles. La santé et la sécurité des collectivités du Canada atlantique sont influencées par des facteurs sociaux, économiques et politiques. La santé des collectivités est étroitement liée à la possibilité de travailler, d'apprendre, de se divertir et de contribuer à la société ainsi qu'au milieu physique (p. ex. La qualité du sol, de l'air et de l'eau et la sécurité des logements et des lieux de travail), au sentiment d'appartenance à la communauté et aux types de programmes qui sont disponibles dans la communauté.

Ce rapport met en lumière la nécessité pour la communauté de la prévention des blessures de travailler dans le domaine de la prévention primordiale afin de réduire les taux de blessures intentionnelles et accidentelles au Canada atlantique. Des données probantes montrent que la prévention primordiale, ou l'amélioration des conditions de vie quotidienne, réduit l'incidence et la gravité des blessures et rend les individus plus réceptifs aux initiatives portant sur la prévention des blessures. Ce rapport identifie les groupes démographiques et les populations qui courent un risque plus élevé de blessures et présente des preuves à l'appui. L'intérêt d'identifier les personnes qui sont davantage exposées aux risques de blessures n'est pas de leur rejeter la responsabilité, mais d'établir une base pour axer en priorité les efforts et les ressources là où ils sont les plus nécessaires dans la société du Canada atlantique. Ce rapport se conclut par des recommandations pour améliorer les activités de collecte de données et de prévention dans le contexte des disparités économiques et sociales.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET BLESSURES

Les déterminants sociaux de la santé sont liés aux blessures par le biais de voies diverses y compris les risques et les dangers existant dans la communauté et le foyer, le stress occasionné par la pauvreté et l'exclusion sociale, les pressions et les dangers du milieu de travail, l'accès au matériel de protection, aux services et à l'éducation.¹ Le lien entre le statut socio-économique (SSE) et les blessures est soumis à l'influence des conditions du milieu de travail, du logement, de l'éducation, de la famille et du quartier ainsi que du type de blessures.

Bien que les taux de blessures aient décliné dans les dernières décennies dans toutes les tranches de revenu, il existe toujours un fossé important entre les Canadiens les plus riches et les plus pauvres. Les diminutions observées du SSE sont associées à une augmentation des blessures graves et mortelles dans plusieurs études² Lorsque le SSE augmente, les taux de blessures diminuent. L'Institut canadien d'information sur la santé³ signale que le taux de blessures chez les Canadiens les plus pauvres est 1,3 fois supérieur à celui des plus riches. L'environnement social et l'exclusion sont souvent influencés par le SSE. La pauvreté est fréquemment associée à un manque de perspectives d'avenir et de ressources et à un sentiment d'impuissance et d'insécurité.⁴ La possibilité réduite d'accéder à des ressources économiques et sociales, ou exclusion sociale, est liée de manière générale à une augmentation des risques pour la santé.⁵

ÂGE, POPULATION ET BLESSURES

Les sous-populations et les groupes d'âge peuvent eux-mêmes être considérés comme des déterminants sociaux des blessures à cause de diverses conditions économiques et sociales qui peuvent exposer ces populations à un risque plus élevé de blessures. Les enfants, les adolescents et les personnes âgées connaissent tous des taux de blessures plus élevés que les autres groupes d'âge. De nombreuses études dans le monde entier ont montré que les enfants et les personnes âgées ayant un faible SSE présentaient un risque accru de décès et d'invalidité résultant de blessures. La relation entre le SSE et les blessures chez les adolescents varie en fonction du type de blessures. Dans le cas des adolescents, les déterminants économiques et sociaux interagissent avec une tendance biologique à s'adonner à des comportements à risque. Bien que cela ne s'applique pas à tous les adolescents, les observations ont montré que les changements neurologiques de la puberté qui influent sur la perception du risque, le désir de récompense et l'image sociale peuvent accroître le risque de blessures.⁶ Le genre et l'orientation sexuelle interagissent également avec l'âge et les autres déterminants sociaux de la santé pour influencer sur le risque de blessures.

Bien que les taux d'ensemble de blessures aient diminué chez les populations autochtones et non autochtones, les peuples autochtones du Canada continuent à présenter des taux de blessures beaucoup plus élevés que les populations non autochtones. Les blessures sont la principale cause de décès chez les Premières nations et les Inuits, avec un taux 3,5 fois supérieur à la moyenne nationale⁷ Les taux élevés de blessures intentionnelles et accidentelles dans les communautés autochtones résultent d'une interaction complexe de déterminants économiques et sociaux de la santé.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX PRATIQUES EXEMPLAIRES

Bien qu'il existe un volume important de recherches évaluant l'efficacité de stratégies particulières de prévention des blessures, celles qui ciblent les déterminants sociaux des blessures sont moins fréquemment représentées dans la documentation. Toutefois, il est clair que la réduction des blessures est un processus complexe qui doit prendre en compte les facteurs multiniveaux qui influencent les comportements, les environnements et les résultats.

Les blessures résultent d'une interaction complexe de facteurs à divers niveaux : individuel, communautaire, structurel et sociétal. La dynamique compliquée et multiniveaux des blessures signifie qu'une approche coordonnée et globale est nécessaire pour élaborer des stratégies efficaces de prévention des blessures. Une attention excessive aux influences de macro-niveau ou de micro-niveau est susceptible de donner lieu à des stratégies inefficaces.⁸

De plus, les praticiens et les responsables des politiques doivent être attentifs au fait que les stratégies de prévention peuvent parfois augmenter les disparités si elles bénéficient principalement à ceux qui sont les moins vulnérables. Au niveau individuel, familial et communautaire, les stratégies efficaces doivent réduire les obstacles à la sécurité, informer, favoriser des comportements plus sûrs et améliorer l'auto-efficacité tout en influençant les normes sociales en faveur d'un changement de comportement.⁹ Les progrès en éducation, les politiques d'hygiène publique et les environnements sécuritaires sont des composantes essentielles des stratégies réussies de prévention des blessures.¹⁰

RECOMMANDATIONS

Sur la base de l'analyse documentaire des déterminants sociaux de la santé et des blessures, y compris des répercussions notées sur les stratégies de prévention des blessures, nous proposons les recommandations suivantes pour la collecte des données, la recherche et la pratique au Canada atlantique.

Collaboration améliorée

Améliorer la collaboration avec les secteurs externes à la santé pour faciliter une meilleure utilisation des données existantes. Ces autres secteurs sont par exemple :

- Transports
- Police/GRC
- Services communautaires

Étudier la possibilité de synthétiser les bases de données et les données existantes qui démontrent les relations entre le statut socio-économique et les blessures au Canada atlantique.

Augmenter les partenariats en dehors de la santé et de la prévention des blessures et inclure ceux qui travaillent à l'amélioration de la qualité de vie.

Recherche

Identifier les déterminants sociaux de la santé et les stratégies de prévention qui méritent des recherches supplémentaires dans le contexte du Canada atlantique afin d'améliorer les politiques et les interventions. Les domaines d'exploration possible sont les suivants :

- Différences entre zones rurales et zones urbaines
- Genre
- Populations autochtones

Traduction des connaissances

Renforcer la compréhension, parmi les praticiens de la prévention des blessures et les responsables des politiques, du lien entre les déterminants sociaux des blessures et du rôle que peuvent jouer les politiques et les interventions dans la réduction ou l'augmentation des disparités en matière de santé.

Encourager les praticiens de la prévention des blessures et les responsables des politiques à jouer un rôle actif dans la prévention primordiale en plus de travailler à d'autres niveaux de la prévention des blessures.



INTRODUCTION

AU SUJET DE CE RAPPORT

L'objet de ce rapport est de fournir aux praticiens de la prévention des blessures et aux responsables des politiques un aperçu des facteurs économiques et sociaux qui contribuent aux blessures évitables. En plus d'incorporer certains éléments de prévention primaire, ce rapport souligne la nécessité, pour la communauté de prévention des blessures, de travailler dans le domaine de la prévention primordiale afin de réduire les taux de blessures intentionnelles et accidentelles au Canada atlantique. Alors que la prévention primaire s'efforce d'éviter les blessures par le biais d'efforts individuels et communautaires, la *prévention primordiale* comporte la prise de mesures qui évitent « l'émergence et l'établissement de conditions environnementales, économiques, sociales et comportementales, de modèles culturels et autres qui augmentent à notre connaissance le risque de maladies et de blessures ». ¹¹ Ce rapport identifie les groupes démographiques et les populations qui sont davantage exposés aux risques de blessures et présente des preuves à l'appui. L'intérêt d'identifier les personnes qui sont davantage exposées aux risques de blessures n'est pas de leur rejeter la responsabilité, mais d'établir une base pour axer en priorité les efforts et les ressources là où ils sont les plus nécessaires dans la société du Canada atlantique. Ce rapport se conclut par des recommandations pour améliorer les activités de collecte de données et de prévention dans le contexte des disparités économiques et sociales.

Prévention primordiale

La prévention primordiale signifie essentiellement l'amélioration des conditions de vie quotidienne pour tous les citoyens. Les répercussions en matière de blessures sont les suivantes :

* L'incidence et la gravité des blessures vont diminuer.

* Les gens seront plus réceptifs aux messages et aux stratégies de prévention des blessures.

MÉTHODOLOGIE

Ce rapport fournit une analyse documentaire en mettant l'accent sur les liens entre les blessures et les déterminants sociaux de la santé. En plus d'examiner les ressources issues de la Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB) et de consulter des membres de l'équipe de leadership de la CAPB, nous avons effectué des recherches Internet et des interrogations de listes de diffusion sur ce qui suit :

- Alberta Centre for Injury Control & Research
- *American Journal of Public Health*
- *Annual Reviews*
- *BioMed Central Public Health*
- *Injury Prevention* (BMJ)
- *Canadian Medical Association Journal*
- Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Centers for Disease Control and Prevention
- Child Trends Databank
- Gouvernement du Manitoba
- Gouvernement de l'Ontario
- Santé Canada
- Health Promotion Clearinghouse
- *Health Promotion Practice Journal*
- *Paediatrics & Child Health*
- Prevention Institute
- Agence de la santé publique du Canada : page sur les pratiques exemplaires
- Agence de la santé publique du Canada
- PubMed
- Sécurité Jeunes Canada
- SMARTRISK
- Déterminants sociaux de la santé : Les réalités canadiennes
- pensezd'abord
- Organisation mondiale de la santé

PROMOTION DE LA SANTÉ, SANTÉ DE LA POPULATION ET DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

La santé et la sécurité des collectivités du Canada atlantique sont influencées par des facteurs politiques, économiques et sociaux. Un revenu adéquat, une bonne éducation et un environnement sécuritaire et stable sont tout aussi importants pour la santé que l'exercice et la disponibilité de services médicaux appropriés. La santé des collectivités est étroitement liée à la possibilité de travailler, d'apprendre, de se divertir et de contribuer à la société ainsi qu'au milieu physique (p. ex. La qualité du sol, de l'air et de l'eau et la sécurité des logements et des lieux de travail), au sentiment d'appartenance à la communauté et aux types de programmes qui sont disponibles dans la communauté.

La promotion de la santé est « le processus permettant aux personnes de contrôler davantage et d'améliorer leur santé »¹² L'action en faveur de la promotion de la santé comporte l'élaboration de politiques d'hygiène publique, la création d'environnements favorables, le renforcement des interventions communautaires, le développement des compétences personnelles et la réorientation des services de santé. Dans de nombreux cas, la promotion de la santé a été étroitement interprétée comme étant l'éducation et, par conséquent, on a consacré excessivement d'attention, de temps et de ressources aux initiatives basées sur le savoir au niveau individuel. Ce rapport reconnaît la nécessité d'une action en faveur de la promotion de la santé qui soit globale et ait lieu au niveau de l'individu, de la communauté et de la société pour vraiment entraîner des changements. La communauté de prévention des blessures utilise un triple cadre de travail – éducation, mise en exécution et ingénierie – pour ce qui est des orientations stratégiques des activités de prévention. Il est important que les praticiens de la prévention des blessures et les responsables des politiques interprètent ce cadre de travail dans un sens large et le mettent en liaison avec les activités de promotion de la santé. L'éducation peut consister en des initiatives au niveau individuel comme le développement des compétences personnelles. Le terme « mise en exécution » peut être élargi pour incorporer la notion de politiques d'hygiène publique à différents niveaux, y compris la fourniture de services et de soutien. L'ingénierie et la conception font partie intégrante de la création d'environnements sécuritaires et favorables et de la garantie d'accès à des services appropriés.

L'approche axée sur la santé de la population vise à améliorer la santé de l'ensemble de la population ou de grandes sous-populations, comme les personnes âgées, les jeunes ou les autochtones, en agissant sur un large éventail de facteurs et de conditions qui influent sur la santé. Cette approche postule que l'adoption de changements minimes par la plupart des gens aura un impact beaucoup plus important sur la santé générale de la population que l'adoption de changements importants par un petit nombre de gens. En plus d'examiner les facteurs généraux qui influent sur la santé d'une communauté et la manière dont ils interagissent, l'approche axée sur la santé de la population appelle également les intervenants à élaborer des stratégies multiples basées sur les pratiques exemplaires ou sur des données probantes issues de diverses sources (p. ex. recherche, programmes existants dans d'autres juridictions, suggestions de la communauté) et à aborder les causes fondamentales des problèmes communautaires plutôt que d'en traiter les conséquences.¹³

Approche axée sur la santé de la population

À titre d'exemple, la législation qui impose des emballages sécurité-enfants pour certains médicaments s'est révélée efficace pour réduire les intoxications accidentelles chez les enfants.

Il existe un certain nombre de conditions économiques et sociales générales connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé. Ceux-ci ont été décrits de multiples manières; toutefois, aux fins de ce rapport, les déterminants sociaux de la santé sont définis dans le contexte canadien¹⁴ comme étant :

- 1. Revenu et distribution du revenu ou statut socio-économique :** le revenu individuel et familial et le statut social sont étroitement associés à l'état de santé. La manière dont le revenu est distribué est également associée à la santé. L'état de santé s'améliore pour tous lorsque l'égalité de la distribution du revenu s'améliore.
- 2. Éducation :** un niveau élevé d'éducation et d'alphabétisation, qui est associé à un revenu supérieur et à de meilleures conditions de travail et d'emploi, entraîne de meilleurs résultats en matière de santé.
- 3. Chômage et sécurité de l'emploi :** le manque d'emplois ou l'insécurité de l'emploi est non seulement une source de stress mais aboutit souvent à une privation matérielle et sociale.
- 4. Emploi et conditions de travail :** le type d'emploi et les conditions de travail peuvent augmenter le risque de blessures, particulièrement lorsque le travail ou l'environnement professionnel sont dangereux, hautement stressants ou défavorables.
- 5. Développement des jeunes enfants :** la privation matérielle ou sociale dans la petite enfance, étape importante du développement, peut entraîner des résultats médiocres en matière de santé plus tard dans la vie.
- 6. Insécurité alimentaire :** l'insécurité alimentaire signifie qu'une personne est incapable de se procurer une alimentation adéquate en termes de qualité ou de quantité de nourriture.
- 7. Logement :** le sans-abrisme, les logements précaires ou les logements de faible qualité peuvent avoir un effet négatif sur la santé et augmenter le risque de blessures.
- 8. Filet de sécurité sociale :** l'accès à un filet de sécurité sociale signifie qu'un éventail de services, de prestations et de soutien sont offerts aux citoyens tout au long de leur vie. Cela peut inclure la fourniture de logements avec services de soutien, de services de soutien à l'emploi ou de garde d'enfants.
- 9. Exclusion sociale :** l'exclusion sociale existe lorsque certains groupes se voient refuser la possibilité de participer à la vie canadienne, ce qui peut limiter leur accès aux ressources économiques, sociales et culturelles.
- 10. Services de santé :** la santé s'améliore lorsque les personnes ont accès en temps voulu à des services de soins appropriés et de qualité. En dépit des soins de santé universels, les Canadiens à faible revenu ont plus de difficultés à accéder aux services de santé que les Canadiens à revenu élevé.

Exemple : Prise de risque chez les jeunes

Les expériences de privation matérielle et sociale dans la petite enfance peuvent influencer sur les capacités d'apprentissage, les relations et le bien-être mental. En l'absence d'un environnement sécuritaire et favorable, les jeunes peuvent être plus susceptibles de prendre des risques excessifs qui les exposent davantage aux blessures.

Exemple : Les chutes chez les personnes âgées

Une personne âgée qui vit dans un logement sans barres d'appui ni rampes et comportant de nombreux obstacles coure un risque plus élevé de chute. De plus, une nutrition inadéquate peut contribuer au risque de chute en termes de mauvais état de santé générale, de faiblesse, de gravité des blessures et de rétablissement difficile après une chute. Les politiques de sécurité sociale y compris la prestation de services adéquats aux personnes âgées peuvent contribuer à atténuer ces facteurs de risque et à réduire l'isolement social.

11. **Statut d'autochtone** : la santé des populations autochtones au Canada est fortement influencée par l'histoire de la colonisation qui a abouti au système des pensionnats, au déplacement des populations et au mépris des revendications territoriales. Les conditions économiques et sociales qui en ont résulté ont eu des conséquences néfastes sur la santé des Premières nations et des peuples inuits et métis du Canada.
12. **Le genre** : les différences dans la socialisation et le traitement des personnes en fonction de leur genre peuvent entraîner des disparités en matière de santé. Les exemples sont la discrimination basée sur le genre, les écarts de salaires et l'accès aux ressources.
13. **Race** : l'expérience du racisme qui est institutionnalisé, personnellement intégré ou intériorisé s'est révélée influencer sur les conditions économiques et sociales et, en définitive, sur la santé des Canadiens de couleur.
14. **Invalidité** : au Canada, bon nombre des personnes vivant avec une invalidité sont sans emploi ou sous-employés et ont un revenu faible en conséquence des politiques publiques et du manque d'intégration.

Cette analyse mettra l'accent sur les déterminants identifiés dans les recherches comment étant extrêmement pertinents aux blessures et à la prévention des blessures.

Exemple: Suicide

Les taux de suicide les plus faibles se rencontrent dans les communautés autochtones qui ont un certain degré d'autonomie gouvernementale et un système d'éducation, qui ont accès à des services de santé et d'urgence basés dans la communauté ainsi qu'à des installations culturelles et dont les revendications territoriales ont été résolues.

Exemple: Violence conjugale

La majorité des personnes victimes de violence conjugale et de violence sexuelle sont des femmes alors que la majorité des agresseurs sont des hommes. Les normes sociétales de genre créent souvent des hiérarchies de pouvoir où les hommes sont perçus comme supérieurs. Cela réduit les chances des femmes et les expose davantage au risque de violence.

BLESSURES

Au Canada atlantique, les blessures sont la principale cause de décès chez les personnes âgées de moins de 45 ans.¹⁵ En 2004, plus de 1000 Canadiens de l'Atlantique sont décédés des suites d'une blessure, et le coût économique s'est élevé à 1,3 milliard de \$.¹⁶ Lorsque les blessures ne sont pas mortelles, elles peuvent entraîner une invalidité temporaire ou permanente. Les blessures ont un coût personnel énorme, en plus de mettre à l'épreuve le système de soins de santé, de réduire la productivité et de menacer la durabilité des quatre provinces de l'Atlantique. La majorité des blessures ne sont pas des « accidents » mais résultent de facteurs qui sont enracinés dans les milieux dans lesquels les gens vivent, travaillent, grandissent et se divertissent.

Les blessures n'affectent pas tout le monde de la même manière. Un examen de la documentation de recherche du monde entier indique que les individus à faible statut socio-économique (SSE), les membres de certains groupes ethniques, les enfants de parents au chômage et les personnes qui vivent dans des régions caractérisées par la pauvreté sont plus susceptibles de subir des blessures à la fois mortelles et non mortelles.¹⁷

Les statistiques canadiennes ne révèlent pas d'exceptions notables à ces tendances. Un nombre disproportionné de personnes jeunes, à faible statut socio-économique ou autochtones sont sujets à des blessures au Canada; non seulement ces groupes connaissent des taux plus élevés de blessures, mais les individus à faible revenu subissent également des types de blessures plus graves.¹⁰

La relation entre les déterminants sociaux de la santé et les blessures est complexe. Les taux de blessures résultent de l'interaction de facteurs au niveau de l'individu, de la famille et de la communauté. Les facteurs individuels sont le manque de ressources, de connaissances, de convictions et de comportements liés à la sécurité, les facteurs de stress personnel, l'environnement professionnel et l'exposition à des dangers. Les facteurs contribuant aux blessures au niveau familial sont la compréhension du développement de l'enfant par les parents et la taille de la famille, qui peut influencer sur la formation des liens affectifs entre parents et enfants, les soins apportés et le développement du cerveau. Les facteurs au niveau communautaire comprennent l'exposition aux dangers, l'accès aux ressources et le climat ou la culture de la communauté.¹⁰ Les stratégies de prévention des blessures doivent donc envisager attentivement les différents déterminants des blessures à de multiples niveaux pour cibler efficacement les interventions.

Les déterminants sociaux de la santé sont liés aux blessures par le biais de voies diverses y compris les risques et les dangers existant dans la communauté et les foyers, le stress occasionné par la pauvreté et l'exclusion sociale, les pressions et les dangers du milieu de travail, l'accès au matériel de protection, aux services et à l'éducation¹ Le lien entre le statut socio-économique (SSE) et les blessures est subordonné aux conditions du milieu de travail, au logement, à l'éducation, à la famille et au quartier ainsi qu'au type de blessures.

Ce rapport fournit un examen de la documentation relative aux déterminants sociaux des blessures, tout particulièrement le statut socio-économique. Il met en lumière les interactions entre les déterminants sociaux et la nécessité de stratégies multiples dans un grand nombre d'environnements. Le rapport cerne également les conséquences pour les stratégies de prévention des blessures et les considérations relatives aux pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des blessures.



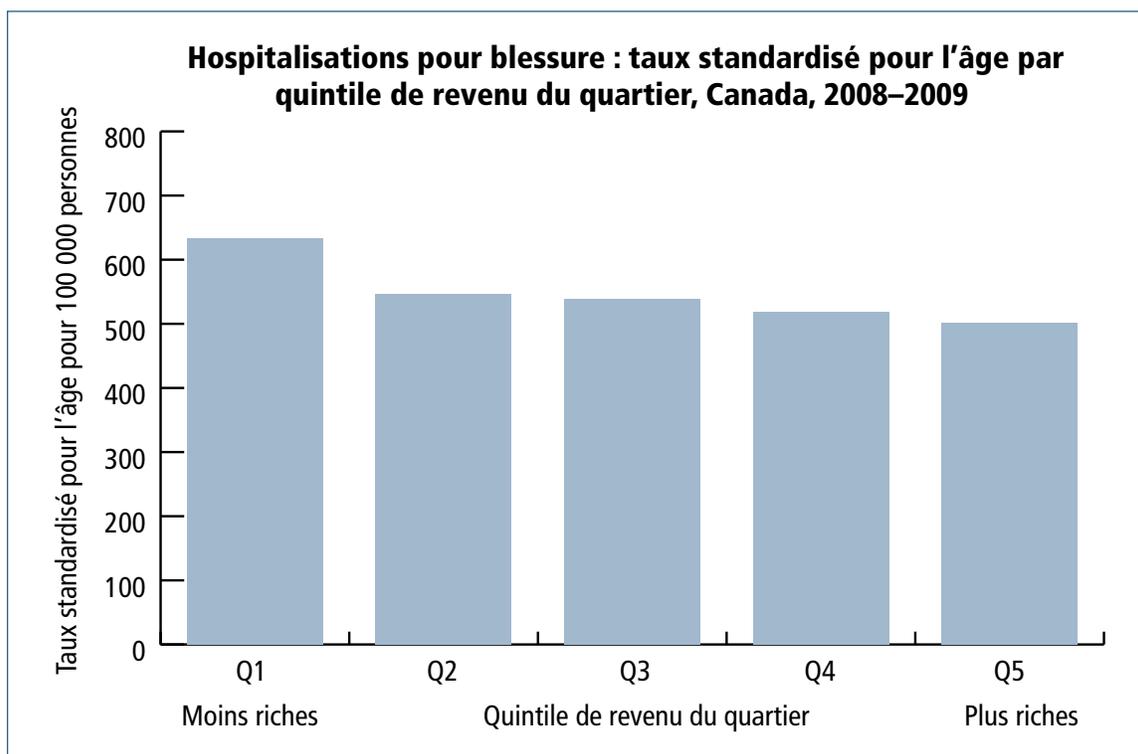
DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET DES BLESSURES

REVENU ET DISTRIBUTION DU REVENU

« L'effet des inégalités de revenu sur la santé reflète à la fois l'exposition aux risques et le manque de ressources des individus, ainsi que l'insuffisance systématique d'investissement dans toute une série d'infrastructures humaines, physiques, sociales et médicales. »¹⁸

Bien que le taux de blessures ait décliné au cours des dernières décennies pour tous les niveaux de revenu, le fossé reste important entre les Canadiens les plus pauvres et les plus riches. De nombreuses études ont montré qu'une diminution du SSE entraînait une augmentation des blessures graves ou mortelles.² Si au contraire le SSE augmente, le taux de blessures décroît. L'Institut canadien d'information sur la santé³ rapporte que les Canadiens les plus pauvres connaissent un taux de blessures 1,3 fois supérieur à celui des plus riches. On estime que si tous les Canadiens avaient le même taux de blessures que les Canadiens fortunés, il y aurait eu 21 000 hospitalisations de moins en 2008-2009. Le tableau suivant illustre les variations dans le taux d'hospitalisation pour blessure au Canada entre les quartiers les plus pauvres et les plus riches. Les quartiers sont classés en cinq groupes de population à peu près égaux.

On estime que si tous les Canadiens avaient le même taux de blessures que les Canadiens fortunés, il y aurait eu 21 000 hospitalisations de moins en 2008-2009.

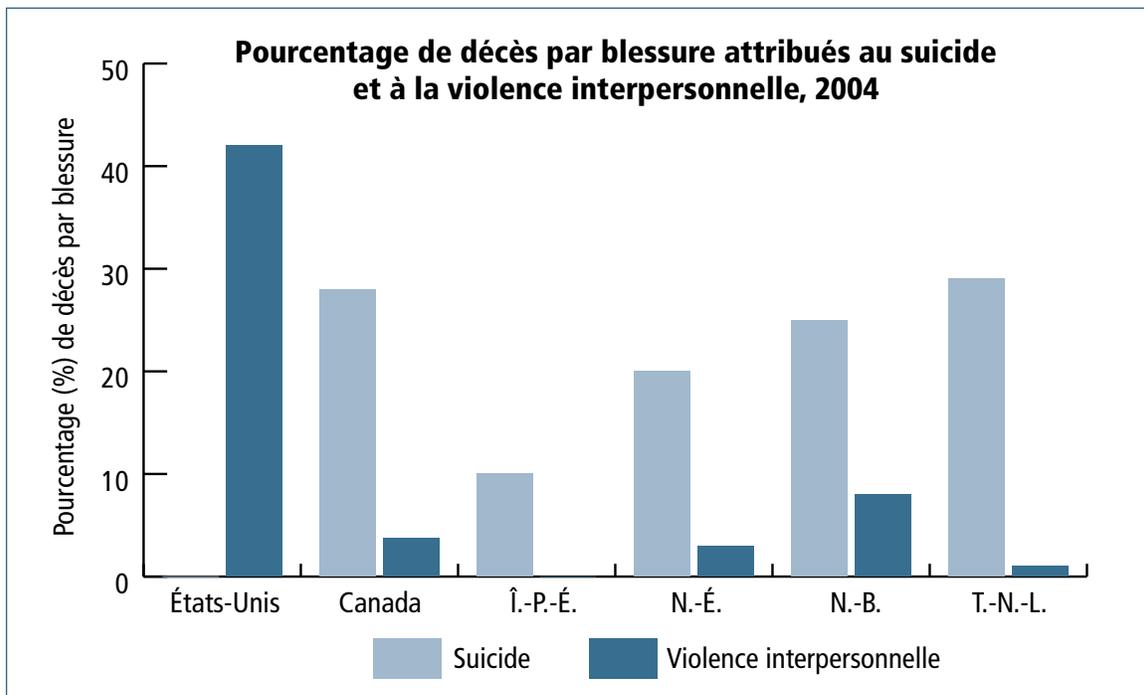


Note : Adapté de l'Institut canadien d'information sur la santé (2010)

Le lien entre le SSE et les blessures plus bénignes ne suit pas forcément la même tendance que celui entre le SSE et les blessures graves.^{1,15, 19} Les blessures moins graves, telles que foulures et entorses liées aux activités de sport et de loisir sont plus courantes chez les gens plus riches que chez ceux dont le statut socioéconomique est plus faible. Ce qui est le signe de possibilités de loisirs plus développées chez les individus plus aisés.¹

La recherche internationale a documenté la pertinence du rôle dans les blessures des facteurs sociaux et culturels, qui s'avèrent être dans certains cas un indicateur prévisionnel plus solide que le SSE. Aux États-Unis, 42 % de l'ensemble des décès liés à des blessures sont le résultat de violences interpersonnelles,¹⁹ alors qu'au Canada la violence interpersonnelle ne représente qu'environ 3,7 % des cas de décès. Les taux de violence varient à travers le Canada, avec le taux le plus élevé de décès liés à la violence interpersonnelle au Manitoba et le plus bas dans l'Île-du-Prince-Édouard (l'Î.-P.-É.). Même à l'intérieur du Canada atlantique il existe des variations : en 2004, le Nouveau Brunswick avait le taux le plus élevé (8 %) de décès liés à des blessures dues à la violence interpersonnelle, suivi de la Nouvelle-Écosse (3 %), de Terre-Neuve-et-Labrador (1 %), et enfin de l'Î.-P.-É. (0 %).¹⁶ Les différences sociales et culturelles jouent également un rôle lorsque l'on considère la violence envers les enfants. Aux États-Unis, l'homicide est la cause de 36 % des décès d'enfants liés à des blessures, contre 3 % seulement au Royaume-Uni.¹⁹

La corrélation entre les taux de suicides et le SSE varie aussi de manière importante d'un pays à l'autre, ce qui porte à penser que la culture et les autres influences sociétales jouent un rôle important dans ce genre de blessures.¹ Toutefois, la recherche en Nouvelle-Écosse montre que le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide était plus élevé dans les quintiles à faible revenu que dans les quintiles à revenu élevé. Au Canada, le suicide était la cause principale (28 %) de décès liés à des blessures en 2004; au Canada atlantique, les taux variaient entre l'Î.-P.-É. (10 %), la Nouvelle-Écosse (20 %), le Nouveau-Brunswick (25 %), et Terre-Neuve-et-Labrador (29 %). Il est intéressant de noter que Terre-Neuve-et-Labrador avait à la fois le taux le plus élevé de suicides des provinces de l'Atlantique et le taux pratiquement le plus faible de décès dus à la violence interpersonnelle.¹⁶



Note : Adapté de SMARTRISK (2009)

Les collectivités caractérisées par la privation sociale connaissent fréquemment des taux de suicide plus élevés, en particulier chez les hommes et les jeunes qui semblent particulièrement vulnérables aux effets d'un statut socioéconomique faible.¹⁷ Au Canada, les personnes qui ont un revenu faible ont 3,2 fois plus de chances de mourir de suicide que celles appartenant à des groupes à revenu moyen ou élevé.² De plus, on a constaté que le risque de violence interpersonnelle ou auto-infligée était plus élevé chez les adolescents dont les familles perçoivent des prestations d'aide sociale.²⁰ Les stratégies pour prévenir la violence et éviter les suicides doivent donc prendre en compte les influences sociétales et communautaires significatives, et envisager la fourniture de services de santé mentale adaptés et de possibilités de participation sociale et de réalisation de soi.

Les chutes sont la cause principale de blessures accidentelles et d'hospitalisations au Canada et n'échappent pas à la tendance d'une vulnérabilité accrue chez les personnes qui ont un SSE plus faible. Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ont montré que les personnes âgées dont le revenu annuel était inférieur à 15 000 \$ avaient plus de chances de se blesser à cause d'une chute que l'ensemble de la population des personnes âgées.²¹ Le revenu comme facteur de risque de chute chez les personnes âgées influence la santé et le bien-être, les soutiens sociaux, la qualité du logement et la nutrition, et l'accès aux services et aux accessoires fonctionnels et ces facteurs se conjuguent²¹

Les collisions automobiles, au Canada atlantique, sont la principale cause d'hospitalisations et de décès liés à une blessure, quelle que soit la tranche d'âge.¹⁶ Comme pour les autres types de blessures, celles qui sont liées aux collisions automobiles augmentent lorsque le revenu baisse, avec cependant une exception notable. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, qui sont les plus vulnérables à ce type de blessure, il n'existe pas de corrélation claire entre le niveau de revenu et la probabilité de blessure.³ Le revenu est un indice de prévision des blessures dues à des collisions automobiles chez les enfants de 0 à 14 ans et les adultes de plus de 24 ans. Une étude canadienne a montré que les enfants qui vivent dans des quartiers à faible revenu, surtout dans les zones rurales, ont des taux d'hospitalisation pour blessure due à un accident de la route plus élevés que les enfants de quartiers plus riches.²² Une partie du problème pourrait venir de l'exposition plus grande à des risques et de l'accès réduit à des mesures de sécurité; la recherche a prouvé, par exemple, que c'était parmi les familles rurales et à faible revenu que l'utilisation de sièges de sécurité pour enfants était la plus faible, en raison, au moins en partie, des obstacles financiers à l'achat de matériel approprié.²³

EMPLOI ET CONDITIONS DE TRAVAIL

Alors que la plupart des types de blessures ont diminué ces dernières décennies, les décès dus à des blessures sur le lieu de travail ont augmenté au Canada. En 2003, le Canada se plaçait, parmi 29 pays de l'OCDE, au cinquième rang pour les taux de décès dus à des blessures survenues sur le lieu de travail, et était le pays le plus développé parmi les cinq premiers. Les lieux de travail les plus dangereux au Canada incluent l'industrie minière, forestière, la pêche, l'agriculture, et les industries du bâtiment.²⁴ Une étude des blessures au travail à travers le Canada a montré que, alors que les jeunes hommes ont plus de chances de se blesser au travail que les femmes, les adolescents de sexe masculin (de 15 à 17 ans) ont moins de chances de se blesser au travail que les jeunes hommes (de 18 à 24 ans). Les travailleurs blancs, d'après l'étude, ont 59 % de chances de plus que les membres des minorités raciales de se blesser au travail. Ces résultats sont peut-être dus en partie au fait que les adolescents et les personnes appartenant à des minorités raciales sont relégués à des rôles plus secondaires qui impliquent des travaux différents sur leur lieu de travail.²⁵

Bien que les blessures au travail restent souvent peu signalées, 30 % des Canadiens pensent que leur santé et leur sécurité sont mises en danger par leurs conditions de travail. Parmi les facteurs qui génèrent des inquiétudes sur la sécurité au travail, on trouve le stress, le nombre élevé d'heures travaillées, l'insuffisance du temps de vacances, le manque de sécurité d'emploi, les conditions physiques, et le manque de contrôle au sein du lieu de travail.¹⁴

L'exclusion économique et sociale sur le marché du travail est liée de manières diverses aux risques pour la santé. Les membres des minorités raciales et les immigrants non-européens au Canada tendent à être employés à des niveaux qui en général ne reconnaissent pas le niveau d'instruction. Indépendamment de leur niveau d'études, ces groupes sont représentés de façon disproportionnée dans les tranches de revenu les plus basses, sont plus susceptibles de vivre dans des collectivités à faible revenu et sont plus fréquemment employés dans des environnements de travail plus dangereux. Les membres des minorités raciales occupent souvent des emplois sous-réglementés qui exigent de longues heures de travail et sont sous-payés. L'augmentation du risque de blessures provient des mauvaises conditions de travail, du niveau élevé de stress, et du fait d'avoir à vivre dans des logements insalubres dans des zones où se concentre la pauvreté.⁵

Les personnes qui ont un SSE faible sont plus exposées aux blessures sur le lieu de travail. Le travail des « cols bleus » est souvent à la fois plus dangereux et moins bien payé que celui des « cols blancs ». On constate aussi des différences nettes et prévisibles selon le type de lieu de travail : les personnes qui travaillent dans l'agriculture, la pêche, la foresterie, l'industrie manufacturière ou le secteur des transports ont beaucoup plus de chances d'être blessées que celles qui travaillent dans des bureaux ou dans le secteur de la vente.²⁵

Le genre est aussi un facteur qui contribue à la santé et aux blessures au travail, et se conjugue avec le statut socio-économique et le niveau d'instruction. Les emplois traditionnellement masculins ou féminins comportent leurs risques spécifiques. Certains emplois traditionnellement occupés par des femmes tendent à être moins bien payés ou sous-payés. Par exemple, les aides en soins continus sont typiquement des femmes, qui reçoivent des salaires plus bas et travaillent dans un environnement qui augmente le risque de blessures intentionnelles ou accidentelles. S'ajoute à l'influence de la faiblesse du revenu sur le risque de blessures le risque accru pour les femmes d'être confrontées à la violence sur leur lieu de travail, qu'il s'agisse de violence physique, sexuelle, de harcèlement psychologique ou de mauvais traitements. Elles sont aussi plus susceptibles de connaître des blessures dues aux gestes répétitifs telles que le syndrome du canal carpien.²⁶ Quant aux emplois des cols bleus, traditionnellement masculins, ils sont, comme il a été vu précédemment, typiquement plus dangereux que d'autres activités.

On a constaté que les blessures liées au travail variaient selon les provinces canadiennes : l'Ontario présente le taux le plus bas de blessures au travail chez les jeunes hommes, qui sont le segment de la population le plus exposé au risque de blessures. Le Canada atlantique arrive ensuite, avec des taux de blessures au travail légèrement supérieurs à ceux de l'Ontario. L'Ontario conserve le taux le plus faible de blessures liées au travail, même en prenant en compte le type de travail, ce qui laisse entendre que les différences dans l'application de la législation, l'éducation, et l'exposition à des risques sur le lieu de travail sont des facteurs pertinents, car c'est en Ontario que la législation sur la santé et la sécurité au travail et l'application de cette législation sont les strictes du pays.²⁵

ENVIRONNEMENT SOCIAL ET EXCLUSION SOCIALE

Plusieurs études ont montré des corrélations entre les caractéristiques d'une communauté et un taux plus élevé de blessures en raison de causes telles que la violence interpersonnelle ou les dangers liés au logement.¹ Les niveaux faibles de cohésion sociale sont associés, par exemple, à des taux élevés de suicide, de violence interpersonnelle et de mauvais traitements des enfants.² Les tentatives de suicide sont elles aussi liées à l'environnement social. Dans les environnements sociaux favorables, il y a moins de tentatives de suicide de jeunes chez les lesbiennes, les homosexuels et les bisexuels. Définir un environnement comme « favorable » dépend de facteurs tels que le parti politique au pouvoir, le nombre de couples de même sexe et d'alliances gais-hétéros, et l'existence et l'application de politiques de lutte contre l'intimidation.²⁷

L'importance du taux de blessures est aussi liée au fait de vivre dans un endroit où il y a beaucoup de pauvreté ou de personnes appartenant à des groupes minoritaires.²⁸ Bien qu'il soit peu surprenant que les collectivités caractérisées par une concentration de pauvreté présentent des taux plus élevés de blessures intentionnelles résultant de la criminalité et de la violence, il est peut-être moins facile d'imaginer que ces collectivités comptent aussi plus de blessures mortelles ou non, dues à des causes telles que les collisions automobiles ou les incendies.¹

Dans les communautés caractérisées par un SSE faible, il est fréquent que le taux de piétons blessés lors d'incidents mettant en cause des véhicules motorisés soit plus élevé, souvent en raison du volume important de la circulation et des excès de vitesse dans les zones à faible revenu des centres urbains. Des facteurs tels que le faible revenu, le niveau d'études et la situation professionnelle, le taux de chômage élevé dans le quartier sont aussi fréquemment en corrélation avec un risque accru de blessures dues à un incendie, une noyade, ou une intoxication.¹⁷ Des études aux États-Unis et au Royaume-Uni ont constaté que le risque de blessures dues à des incendies de logements était beaucoup plus élevé chez les individus vivant dans des quartiers à faible revenu ou ayant eux-mêmes un faible niveau d'instruction ou de SSE.² Le taux plus important de blessures dans les zones à faible revenu est souvent dû en partie à des risques structureaux qui résultent de la piètre qualité de l'aménagement urbain et de mauvaises conditions de logement.

L'environnement social et l'exclusion sont souvent influencés par le SSE. La pauvreté est couramment associée à un manque d'opportunités et de ressources, ainsi qu'à un sentiment d'impuissance et d'insécurité.⁴ Les possibilités limitées d'accès aux ressources sociales et économiques, ou l'exclusion sociale, sont en général liées à l'accroissement des risques pour la santé.⁵ Le rapport entre pauvreté et mauvaise santé a été établi par de nombreux auteurs. Leurs travaux ont montré que le taux global de mortalité était 28 % plus élevé dans les quartiers les plus pauvres du Canada, et que le taux de suicide était pratiquement le double de celui constaté dans les zones les plus riches.¹⁴ Des études américaines ont montré que les adultes et les enfants de minorités visibles (autres qu'asiatiques) couraient beaucoup plus de risques de souffrir de blessures graves ou mortelles. On a constaté que les personnes racisées, en particulier les enfants afro-américains, étaient beaucoup plus susceptibles de subir des blessures intentionnelles ou accidentelles que les enfants d'origine européenne.²⁹

ÉDUCATION ET ALPHABÉTISATION

Le niveau d'instruction et l'alphabétisation se conjuguent avec le SSE, l'emploi et l'accès à des services, pour déterminer le risque de blessures. Les expériences de la petite enfance ont des répercussions fondamentales tout au long de la vie sur l'apprentissage et le bien-être physique et mental. Les environnements stables, sûrs et favorables, soutenus par des politiques et des programmes publics et privés, sont essentiels à un développement sain optimal de l'enfant et à un risque réduit de blessures. Citons comme exemples de ces politiques la prestation universelle pour garde d'enfant, le soutien à l'allaitement maternel, et le paiement par l'employeur d'un supplément aux prestations de congé de maternité. De tels environnements engendrent dans le cerveau des adaptations physiologiques propices à l'apprentissage.³⁰

Des études ont montré que le niveau d'instruction influait sur le risque de blessures graves, mortelles ou non. Le taux de blessures graves mais non mortelles est plus élevé chez les personnes dont le niveau d'instruction est faible, mais pour ce qui est des blessures plus bénignes, la relation avec le niveau d'instruction n'est pas aussi claire.¹ Le faible niveau d'instruction a été mis en relation avec des taux beaucoup plus élevés de mortalité due à divers problèmes de santé, en particulier chez les gens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires.³¹ Des études internationales montrent que les hommes qui ont un niveau d'instruction moindre risquent plus d'être victimes d'accidents de voiture mortels que ceux dont le niveau d'instruction est plus élevé.³² L'obtention d'un diplôme d'études postsecondaires est associée à une réduction du risque de blessures. De plus, les enfants canadiens dont les parents ont fait des études postsecondaires sont en meilleure santé que ceux dont les parents ont un niveau d'instruction moins élevé.¹⁴

LOGEMENT

Le taux de blessures survenant à domicile varie selon le type de résidence. Des données américaines indiquent que les logements anciens et les logements locatifs sont étroitement associés à un risque accru de blessures chez les enfants.²⁸ Les risques entraînant des blessures incluent les défauts structurels, l'éclairage insuffisant, l'absence de dispositifs de sécurité pour fenêtre, de barres d'appui ou de barrières de sécurité.³³ (Les risques plus spécifiques aux enfants et aux personnes âgées sont étudiés dans la section suivante *Âge, population et blessures*.) Les personnes vivant dans des logements locatifs ou des logements insalubres courent plus de risques en raison du manque d'équipements pour la sécurité des enfants et de l'éventualité de risques structurels. Lorsque l'entretien et l'amélioration des logements sont remis à plus tard ou négligés, il y a une augmentation des risques d'accidents. Parmi ces risques potentiels, on compte les systèmes de chauffage ou électriques défectueux, les escaliers sans dispositifs de sécurité appropriés (par ex., trop étroits, rampes inadéquates, éclairage insuffisant, manque de barrière de sécurité). Ces risques sont généralement plus élevés dans les tranches de population à faible SSE, car les gens qui ont du mal à entretenir des logements anciens ou habitent dans des logements à loyer modéré, vivent le plus souvent sans les améliorations nécessaires. Le taux de rotation élevé des locataires, qui est souvent la règle dans les logements les plus mal entretenus, expose aussi un plus grand nombre de gens à des risques potentiels.²⁸ Les logements insuffisamment entretenus et inabordables sont un facteur d'augmentation du taux de blessures dues au stress, aux problèmes de santé mentale, et à la toxicomanie.¹⁴

Note sur l'éducation

Il est important de noter que cette section ne fait pas référence à la connaissance que possède un individu des risques ou des procédures de sécurité. Les rapports entre éducation et risque de blessure sont plus complexes, et comportent des interactions avec le développement du jeune enfant, le statut socioéconomique, et l'existence d'environnements favorables.

Les enfants sont particulièrement vulnérables aux blessures à la maison. Étant donné que les enfants passent beaucoup de temps à l'intérieur, il n'est peut-être pas surprenant de constater que la majorité des blessures d'enfants se produisent là où ils vivent. Les chutes et les brûlures sont les types les plus courants de blessures au foyer chez les enfants,²⁸ suivies par les intoxications.³³ Au Canada atlantique, les chutes dans les escaliers ou d'un meuble représentent 17 % des chutes d'enfants entraînant une hospitalisation, et les brûlures sont la deuxième cause majeure de décès dus à une blessure chez les enfants. Environ 10 % de la totalité des brûlures entraînant une hospitalisation sont provoquées par de l'eau du robinet trop chaude.³⁴ Le lien entre le fait de vivre dans des zones de concentration de pauvreté et d'appartenir à un groupe racial minoritaire et les blessures d'enfants s'explique en partie par les conditions de logement, car les taux de blessures sont plus élevés chez les enfants qui vivent dans des logements anciens ou des logements locatifs.²⁸ Les blessures associées à des problèmes structureux sont souvent plus graves que celles résultant de risques domestiques plus ordinaires, tels que les chutes à partir d'un meuble. Les blessures mortelles au foyer sont souvent causées par des chutes d'une fenêtre ou dans des escaliers, ainsi que par des incendies provoqués par une installation ou des appareils électriques défectueux.³⁵

ENVIRONNEMENTS RURAL ET URBAIN

L'urbanisation se traduit souvent par une polarisation entre riches et pauvres, avec des secteurs de concentration de pauvreté en milieu urbain, ce qui exacerbe les risques de blessures associées au faible SSE.⁴ Le fait de disposer de peu de moyens informels pour se procurer des produits de première nécessité (par ex., jardins potagers, bois de chauffage) ajoute au stress de la vie en ville pour les pauvres. Certaines données montrent que les taux de maladie mentale et de toxicomanie et le manque d'accompagnement social sont plus élevés chez les personnes à faible SSE vivant en ville.⁴

La vie rurale, quant à elle, présente des risques propres. Les populations rurales ont moins accès aux soins médicaux d'urgence, ce qui peut aggraver les effets d'une blessure.² Dans les zones rurales du Manitoba, on a constaté que les enfants étaient plus souvent victimes de blessures et de décès résultant de blessure que ceux vivant dans des zones urbaines de la province.³⁶ Cette différence était particulièrement notable chez les enfants du nord du Manitoba, constatation qui pourrait être liée à la forte proportion de population autochtone dans cette région.

La faiblesse du SSE est aussi en corrélation avec un accroissement du risque d'accident de la route en milieu rural, très vraisemblablement parce que les gens ont à conduire sur de plus longues distances, se fient à des véhicules moins bien entretenus, et circulent sur des routes en mauvais état – ce qui augmente leur risque d'être blessés dans un accident de la route. Toutefois, des études sont arrivées à des conclusions opposées en milieu urbain, ce qui semble indiquer que les citoyens riches sont plus susceptibles de posséder une voiture que les citoyens pauvres, qui ont davantage tendance à utiliser les transports en commun.¹

GENRE

Aux fins de cette section, il est important de faire la différence entre sexe et genre. Le sexe fait référence aux différences biologiques et anatomiques, alors que le genre fait référence aux rôles, aux attitudes et aux comportements construits par la société qui sont assignés aux hommes et aux femmes dans une culture donnée. Bien que le genre et le sexe soient généralement décrits en termes dichotomiques de « mâle » et « femelle » et qu'une grande partie des recherches dans cette section soit présentée ainsi, cela risque de ne pas englober convenablement les expériences de tous les individus lorsqu'ils décrivent soit leur sexe soit leur identité de genre.³⁷ Les expériences des individus qui s'identifient comme transsexuels sont également abordées dans la section de ce rapport intitulée *Population LGBT*.

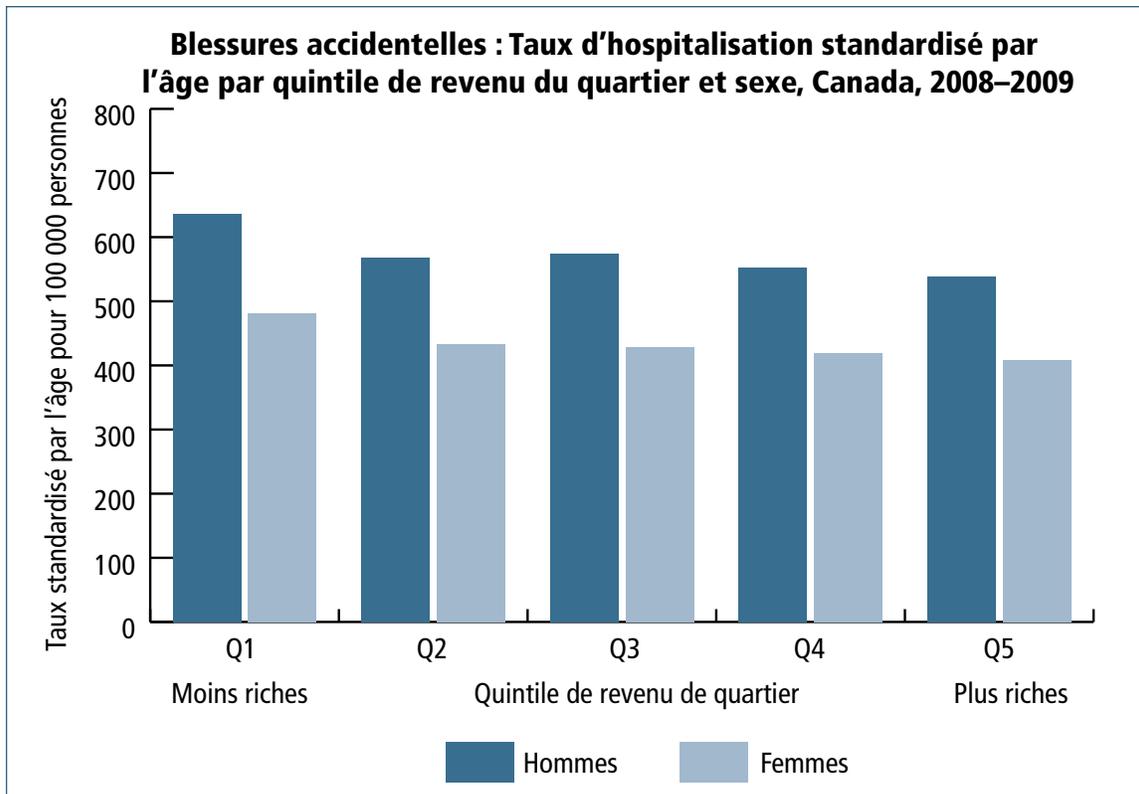
Le genre influe sur le risque de blessures. Jusqu'à l'âge de 65 ans, les hommes sont les plus susceptibles de subir une blessure. À l'âge de 65 ans, la tendance se renverse et les femmes sont les plus susceptibles d'être blessées, particulièrement lors de chutes.²¹ Les hommes sont plus susceptibles de subir des blessures dues aux agressions et liées aux activités sportives et récréatives.¹⁹ Les hommes canadiens, en particulier les hommes jeunes, sont également plus susceptibles que les femmes d'être mortellement blessés dans des collisions automobiles, de mourir par suicide ou d'être tués lors de violences interpersonnelles.¹⁶

Les concepts sociaux de la masculinité ont été identifiés comme un déterminant social du risque de blessures chez les hommes canadiens. « ... *la santé des hommes est parfois influencée – négativement – par des concepts malsains de masculinité qui idéalisent l'agressivité, la dominance et l'autonomie excessive* ». ¹⁴ Ces concepts incluent la projection de force, l'individualité, la dominance et l'agression physique alors que les expressions d'émotion ou la recherche d'aide doivent être réprimées comme des signes de faiblesse. Ces traits influencés par la société peuvent entraîner une prise de risque accrue et, en fin de compte, un risque accru de blessures chez les hommes de tout âge.³⁸

Bien qu'au Canada, les hommes ont tendance à être davantage exposés aux risques de blessures, les femmes sont également exposées à des risques liés à divers facteurs socioculturels conjugués qui peuvent entraîner des relations de pouvoir inégales avec les hommes et des perspectives d'emploi réduites ou des salaires plus faibles.³⁹ Par exemple, les femmes canadiennes gagnent en moyenne 17 000 \$ de moins par an que leurs homologues masculins et davantage de femmes (10 %) que d'hommes (9 %) vivent avec un faible revenu.⁴⁰ Ces facteurs socio-culturels rendent en particulier les femmes plus vulnérables à la violence physique, sexuelle et psychologique. Les femmes sont surreprésentées parmi les victimes de violence conjugale et de violence sexuelle tandis que les hommes sont surreprésentés parmi les agresseurs.

En Amérique du Nord, le harcèlement sexuel et la violence à l'égard des femmes sont associés à la sexualisation culturelle des femmes et des filles dans les médias, les pratiques de marketing et les produits. Les petites filles, les adolescentes et les femmes adultes sont plus susceptibles d'être sexualisées dans les annonces publicitaires, les émissions télévisées, les films, les jeux vidéo, les vidéoclips et les magazines. Les messages de sexualisation existent également dans les relations interpersonnelles et peuvent être intériorisés par les femmes. Les conséquences varient mais peuvent influencer la santé physique et mentale, le fonctionnement cognitif, la sexualité et les attitudes et les croyances.⁴¹ Ce phénomène culturel croissant se conjugue avec les concepts sociaux de la masculinité pour perpétuer l'inégalité des genres et les déséquilibres de pouvoir, augmentant ainsi le risque de violence sexuelle.

Le genre est un facteur qui interagit dans une large mesure avec la culture et le SSE pour influencer sur la santé et les taux de blessures. Bien que les hommes aient des taux de blessures plus élevés, le gradient socio-économique est similaire entre les hommes et les femmes comme le montre le tableau suivant.³



Note : Adapté de l'Institut canadien d'information sur la santé (2010)

Les hommes vivant dans des régions à faible revenu du Canada ont la durée de vie la plus courte de tous les Canadiens et la différence entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes est plus importante dans ces régions, ce qui semble indiquer que la pauvreté pourrait avoir un impact plus néfaste sur la santé des hommes que sur la santé des femmes. L'exclusion sociale semble également avoir un impact plus grave sur les hommes canadiens, qui sont plus susceptibles de mourir par suicide, de se retrouver sans abri, de présenter de graves problèmes de toxicomanie et de se trouver impliqués dans des crimes violents soit à titre de victime soit à titre d'agresseur.¹⁴

Les tendances en matière de blessures sont également associées aux différences de genre chez les enfants. Parmi les enfants âgés d'1 à 14 ans qui ont été hospitalisés à la suite d'une blessure accidentelle au Canada atlantique entre 1996 et 2005, 60 % étaient des garçons.³⁴ Bon nombre des variations dans les taux de blessures peuvent être attribuées à la socialisation. En dépit d'un taux de blessures plus élevé (ou peut-être à l'origine de cela), les garçons sont souvent encouragés à prendre des risques; les filles, par contre, sont davantage protégées et mises en garde, car les parents et les enfants des deux sexes supposent généralement, et à tort, que les filles sont davantage exposées aux risques de blessures.⁴²

L'analyse comparative entre les sexes et les genres est l'un des moyens permettant aux programmes, aux politiques et aux recherches en matière de prévention des blessures d'aborder plus efficacement les disparités relatives au genre pour ce qui est des risques de blessures. Ce type d'analyse permet de cerner et d'aborder les similarités et les différences entre les genres et les sexes.⁵⁴



ÂGE, POPULATION ET BLESSURES

Les sous-populations et les groupes d'âge peuvent être considérés comme des déterminants sociaux des blessures à cause des diverses conditions économiques et sociales qui peuvent exposer davantage ces populations au risque de blessures. Cette section fournit un aperçu des preuves montrant les taux élevés de blessures parmi certaines sous-populations au Canada. L'intérêt d'identifier les personnes qui sont davantage exposées aux risques de blessures n'est pas de leur rejeter la responsabilité, mais d'établir une base pour axer en priorité les efforts et les ressources là où ils sont les plus nécessaires dans la société du Canada atlantique.

ENFANTS

« Les blessures entraînent davantage de décès que toute autre cause chez les enfants du Canada atlantique âgés d'1 à 14 ans et, en 2004, elles représentaient un fardeau économique de 206 millions de \$. »³⁴

“ « Le taux d'hospitalisation global pour blessures accidentelles chez les enfants du Canada atlantique était considérablement plus élevé (de 1995 à 2004) que le taux national global : 741,9 hospitalisations / 100 000 personnes comparativement au taux canadien de 608,7 hospitalisations / 100 000 personnes ». »³⁴

Au Canada, les causes les plus fréquentes de décès liés à des blessures chez les enfants sont les collisions automobiles, la suffocation, la noyade et les brûlures. Les décès dus à des blessures au Canada ont diminué entre 1979 et 2002 pour toutes les causes à l'exception de la suffocation chez les enfants âgés de 10 à 14 ans (la suffocation a augmenté à cause d'une hausse des tentatives de suicide par pendaison) et la noyade chez les petits enfants, qui n'a guère changé. En dépit de certains progrès en matière de prévention des blessures, les blessures restent la principale cause de décès et d'invalidité chez les enfants canadiens.⁴³

Les statistiques propres au Canada atlantique révèlent des variations intéressantes par rapport à la situation nationale. Bien que le taux global de blessures accidentelles mortelles soit comparable au chiffre national, le taux d'hospitalisation due à des blessures accidentelles reste considérablement plus élevé au Canada atlantique, en dépit d'une baisse de 31 % des hospitalisations liées à des blessures entre 1995 et 2006. Toutefois, le taux de décès d'enfants dus à des collisions automobiles (0,5 décès/100 000 enfants) est considérablement plus faible que le taux national (1,1 décès/100 000 enfants). Les principales causes de décès d'enfants liés à des blessures au Canada atlantique sont les accidents de piéton (12 %), les obstructions des voies respiratoires (11 %), les noyades (11 %), les incendies et les brûlures (11 %) et les collisions automobiles (7 %). Les principales causes de blessures entraînant une hospitalisation chez les enfants du Canada atlantique sont les chutes (44%), les accidents de bicyclette (8 %) et les intoxications (7 %).³⁴

Les taux de blessures intentionnelles sont également un grave souci. Les décès d'enfants dus au suicide ont légèrement augmenté entre 1979 et 2002, tandis que le taux de décès dus à des agressions est resté inchangé.³⁷ Le suicide, qui est la deuxième cause de blessure mortelle chez les enfants au Canada, est l'un des rares types de blessures dont le taux augmente au lieu de diminuer. Les taux de suicide sont clairement influencés par le contexte social, comme le démontrent les fluctuations importantes des taux de suicide selon les communautés. Par exemple, une étude au Manitoba a révélé que les enfants étaient sept fois plus susceptibles d'être hospitalisés et trois fois plus susceptibles de mourir à cause

d'une tentative de suicide dans le nord du Manitoba, où il existe une forte concentration de communautés autochtones, que dans les régions du sud de la province.³⁶

Les garçons et les enfants âgés d'1 à 4 ans sont particulièrement sujets à des blessures nécessitant des soins d'urgence à l'hôpital.³³ De nombreuses études dans le monde entier ont lié la faiblesse du SSE à un risque accru de décès ou d'invalidité dus à des blessures chez les enfants. Bien que le taux de décès dus à des blessures ait diminué pour les enfants dans toutes les catégories socio-économiques dans les dernières années, les enfants issus de foyers à faible SSE connaissent toujours un taux de blessures mortelles disproportionnellement élevé, particulièrement suite à des accidents de piéton, des incendies, des noyades et des chutes.⁴⁴ Les décès liés à des blessures parmi les enfants néo-écossais augmentent proportionnellement à la réduction du revenu du ménage.⁴⁵ Les enfants qui vivent dans les zones urbaines les plus pauvres du Canada connaissent un taux de blessures dues à des collisions entre des automobiles et des piétons ou des cyclistes qui est quatre fois plus élevé que celui des enfants vivant dans des zones urbaines riches.² Bien que la plupart des études révèlent un lien solide entre le SSE et les blessures mortelles chez les enfants, la relation entre les blessures légères et le SSE est moins claire.¹⁹

Une étude canadienne⁴⁶ qui a examiné le lien entre le SSE et les blessures chez les enfants en Alberta a jeté de la lumière sur ce lien complexe. Les garçons issus de tous les groupes socio-économiques étaient plus susceptibles de subir des blessures que les filles, particulièrement dans le groupe des 13 à 17 ans et à l'âge de deux ans, à l'exception des intoxications, des luxations, des foulures et des entorses. La corrélation inverse la plus significative entre le SSE et les blessures s'est révélée chez les enfants âgés de 0 à 9 ans, cette corrélation étant beaucoup moins nette chez les enfants âgés de 10 à 17 ans. Les seules blessures qui n'étaient pas associées à la faiblesse du SSE étaient les entorses, les foulures et les fractures. Ces blessures peuvent être associées à des activités récréatives qui sont moins fréquemment à la disposition des enfants ayant un SSE plus faible.⁴⁶

Bien que la faiblesse du SSE soit en corrélation avec des taux plus élevés de blessures chez les enfants, les enfants des familles dépendantes de l'assistance sociale et ceux ayant le statut d'autochtones présentaient les taux les plus élevés pour toutes les formes de blessures; les taux de blessures chez les enfants des travailleurs à faible revenu étaient considérablement plus réduits, malgré que le revenu soit comparable.⁴⁶ La corrélation entre les blessures des enfants et le fait de recevoir l'assistance sociale ou d'avoir le statut d'autochtone était particulièrement significative pour les blessures causées par les brûlures, les intoxications et (pour les bénéficiaires de l'assistance sociale) les lésions internes.¹ Ces auteurs ont également constaté des taux plus élevés de blessures chez les enfants en milieu urbain et la corrélation entre les taux de blessures et le SSE disparaissait dans les régions rurales de l'Alberta. Ces résultats semblent indiquer qu'il pourrait y avoir un lien entre les blessures et les conditions qui sont associées à une forte concentration de pauvreté (p. ex., logement et quartier moins sécuritaire, niveau d'instruction plus faible, taux plus élevé d'abus d'alcool et de drogues).⁴⁶ Les niveaux élevés de stress dans ces communautés peuvent également jouer un rôle; les chercheurs ont constaté que les parents qui présentaient un niveau élevé de stress et une faible aptitude à gérer le stress étaient moins conscients des risques pour la sécurité et prenaient moins de précautions pour éviter les blessures.⁴⁷

Une étude récente sur les blessures graves et mortelles chez les enfants au Manitoba souligne la complexité de la nature des blessures. Le taux de mortalité infantile due à des blessures au Manitoba est considérablement plus élevé que la moyenne nationale et ces

résultats doivent donc être envisagés en contexte. Contrairement à certains résultats issus de la province voisine de l'Alberta, les données du Manitoba indiquaient que les enfants des zones rurales, les enfants autochtones et les enfants de familles à faible SSE couraient un risque plus élevé d'hospitalisation et de décès pour cause de blessures. En particulier, les taux de blessures graves des enfants dues à la violence interpersonnelle, au suicide, à la noyade, à l'intoxication et aux chutes dans les régions du nord, moins densément peuplées, étaient considérablement plus élevés que partout ailleurs au Manitoba. Cela pourrait être dû à une exposition accrue aux dangers et à un manque d'équipement de sécurité. Le nord du Manitoba est aussi peuplé principalement de peuples des Premières nations, qui connaissent un taux plus élevé de blessures dans l'ensemble du pays. La faiblesse du SSE s'est révélé être nettement corrélée aux décès causés par les noyades, les chutes, les homicides et les incendies, tandis que le SSE individuel était moins nettement corrélé aux décès dus aux intoxications, aux suicides ou aux collisions automobiles. La faiblesse du SSE du quartier était également corrélée à un risque accru d'hospitalisation due à une tentative de suicide, un étouffement, une intoxication, un incendie et de la violence perpétrée par autrui.³⁶

Les blessures graves entraînant l'hospitalisation ou le décès des enfants au Manitoba étaient également corrélées aux mesures du SSE du quartier, et les enfants qui vivaient dans des zones à faible revenu étaient davantage sujets à des blessures graves. Les auteurs de cette étude sont d'avis que cela pourrait être lié en partie aux attitudes de la collectivité ainsi qu'à l'accès à l'équipement de protection et à son utilisation; les familles à revenu plus élevé étaient beaucoup plus susceptibles d'utiliser des ceintures de sécurité et des casques. L'usage du casque était également plus fréquent dans les zones urbaines que dans les zones rurales du Manitoba.³⁶

En dépit d'un certain succès dans la prévention des blessures, les blessures continuent à représenter davantage de décès chez les enfants et les jeunes que toutes les autres causes conjuguées. Comparativement aux autres pays développés, le Canada obtient des résultats médiocres et est classé au 22^e rang des 29 pays de l'OCDE en matière de prévention des blessures aux enfants.⁴⁸ Si le Canada avait eu un contrôle des blessures comparable à celui de la Suède, 1233 enfants canadiens morts entre 1991 et 1995 seraient toujours en vie.⁴⁹ En dépit de ce classement, les données de Statistique Canada indiquent que les blessures accidentelles mortelles chez les enfants ont diminué considérablement entre 1979 et 2002, ce qui semble indiquer que les stratégies de prévention ont eu un certain succès.³⁷

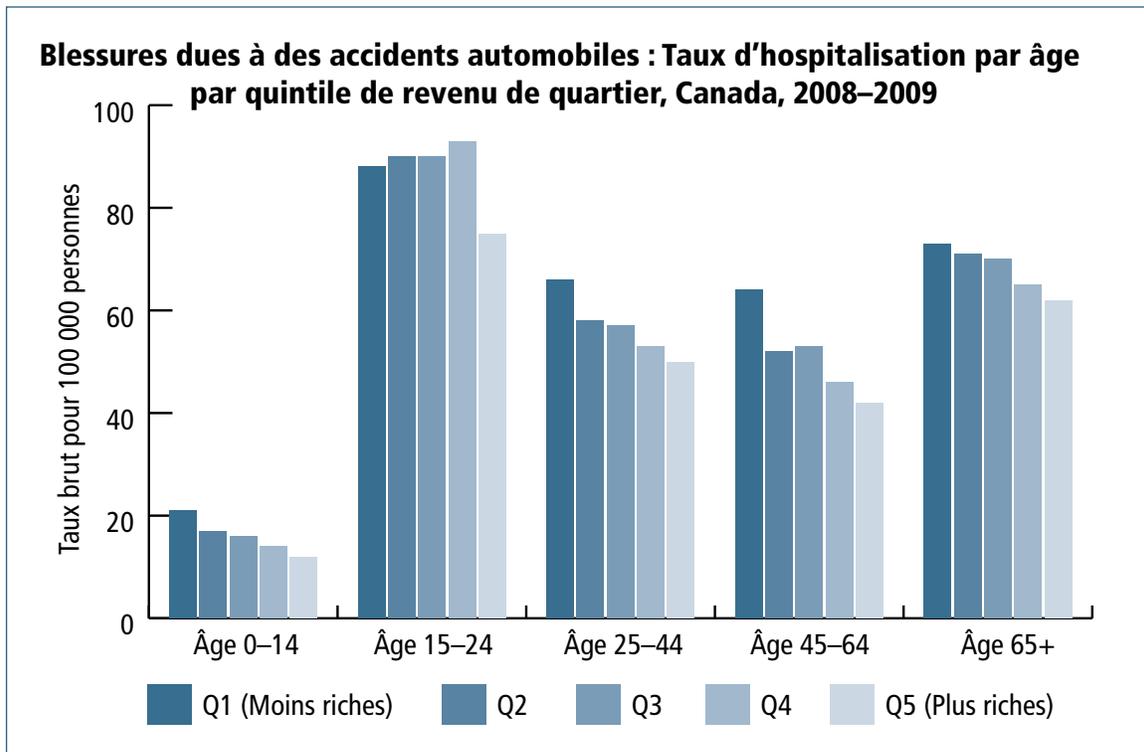
ADOLESCENTS

Bien que de nombreuses recherches aient été effectuées sur les taux élevés de blessures parmi les adolescents, les praticiens ont du mal à comprendre comment prévenir efficacement les blessures dans ce groupe d'âge. Les déterminants économiques et sociaux interagissent avec la tendance biologique des adolescents à s'adonner à des comportements plus à risque, et bien que la prise de risque ait des avantages et fasse partie du développement normal des adolescents, la prise de risques excessive ou inappropriée entraîne un risque accru de préjudice. Bien que cela ne s'applique pas à tous les adolescents, les observations ont montré que les changements neurologiques de la puberté qui influent sur la perception du risque, le désir de récompense et l'image sociale peuvent augmenter le risque de blessures.⁶

Le cortex préfrontal est une région du cerveau qui joue un rôle important dans la régulation de la prise de décision, de l'impulsivité et des réactions émotionnelles; il influence également la capacité à anticiper les conséquences. Une fois que le cerveau atteint sa maturité, au cours de la vingtaine, et que le cortex préfrontal atteint son plein développement, cette inclination à prendre des risques diminue. En plus du rôle du cortex préfrontal, nous savons que les fluctuations des hormones sexuelles et des neurotransmetteurs qui accompagnent la puberté influent sur les réactions de stress et les réactions émotionnelles chez les adolescents. La combinaison de ces changements développementaux permet d'expliquer pourquoi les adolescents peuvent avoir tendance à se livrer à des comportements plus à risque bien que leur fonctionnement cognitif soit similaire à celui des adultes.⁶

Ces changements développementaux permettent également d'expliquer pourquoi les risques et les avantages perçus d'un comportement donné peuvent être interprétés différemment selon les groupes d'âge.⁵⁰ Les changements développementaux qui augmentent la prise de risque augmentent également l'importance perçue de l'image sociale et de l'identité sociale chez les adolescents.⁶ Les chercheurs soutiennent que les avantages sociaux perçus de la prise de risque et de la consommation d'alcool et de drogues pourraient davantage prédire si ce comportement sera adopté que la connaissance des conséquences. La perception des adolescents concernant les risques et les avantages liés à la prise de risque signifie que la connaissance des conséquences liées aux risques n'a pas d'effet dissuasif et, dans certains cas, peut même augmenter la probabilité du comportement à risque.⁶ Le fait que cette tendance à prendre des risques puisse être innée démontre le rôle que peut jouer la création d'environnements plus sécuritaires pour atténuer le risque de blessures. Un environnement sécuritaire comprend non seulement l'environnement physique mais également les influences culturelles et sociales qui modèlent les normes et les perceptions des adolescents.

Les déterminants sociaux des blessures chez les adolescents quel que soit le SSE ne sont pas bien compris. Bien qu'on suppose généralement que le risque de blessures est inversement corrélé au statut socio-économique, cela ne semble pas être le cas pour tous les types de blessures chez les adolescents.⁵¹ La relation entre les blessures non mortelles et le SSE est complexe et les recherches dans ce domaine manquent de cohérence; toutefois, il est clair que cette relation est complexe et varie en fonction de facteurs communautaires et individuels ainsi que du type de blessures.⁵² Les recherches menées en Nouvelle-Écosse démontrent que les jeunes de sexe masculin qui sont socialement défavorisés et qui vivent en zone rurale présentent le risque le plus élevé de décès lié à des blessures à la fois pour ce qui est des blessures intentionnelles et accidentelles.⁵³



Note : Adapté de l'Institut canadien d'information sur la santé (2010)

Une étude internationale sur les blessures chez les adolescents a révélé que les blessures liées aux sports étaient plus fréquentes dans les groupes à SSE plus élevé, ce qui est certainement dû à un accès accru aux activités récréatives. Les adolescents sont représentés de manière disproportionnée dans les décès dus à des collisions automobiles et les blessures non mortelles. Le lien entre le SSE et les collisions automobiles, qui sont la principale cause de décès chez les adolescents canadiens, n'est pas aussi évident dans ce groupe d'âge que dans les autres tranches d'âge. Le graphique qui suit montre que les hospitalisations résultant de collisions automobiles sont plus fréquentes dans les quintiles à faible revenu pour tous les groupes d'âge à l'exception des adolescents.³

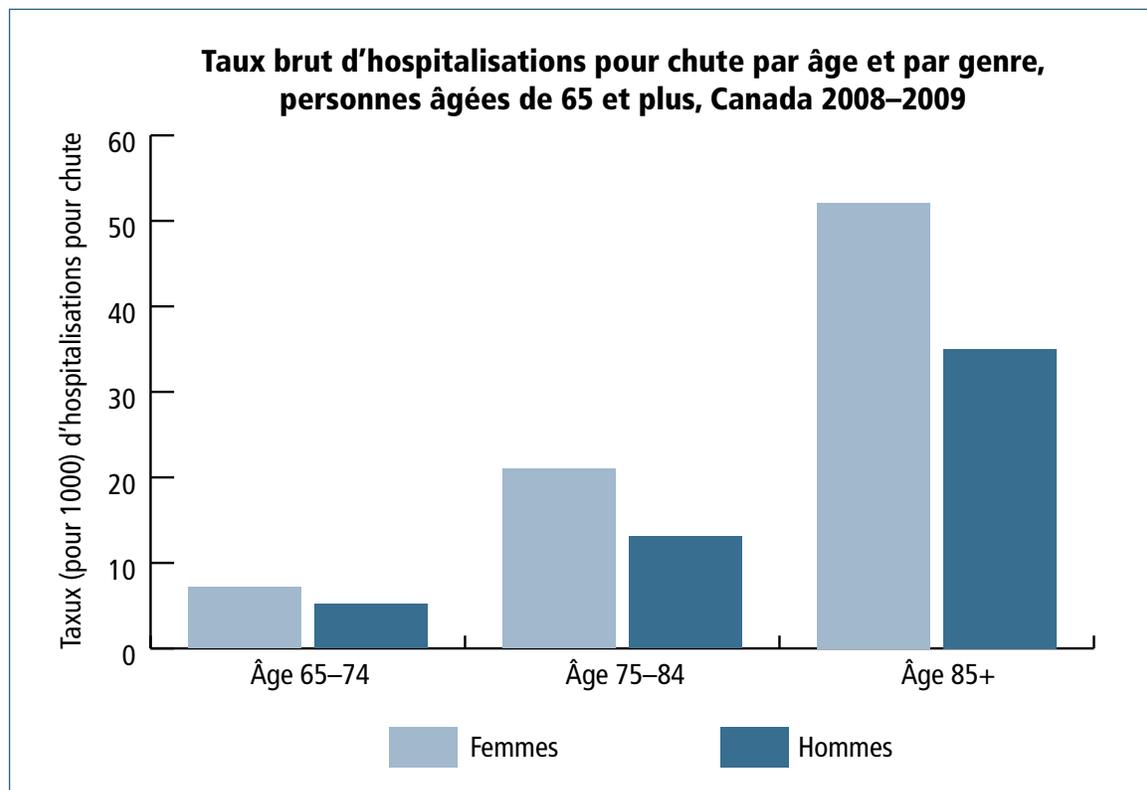
La faiblesse du SSE et la consommation d'alcool (comportement à risque) se sont révélées être fortement corrélées aux blessures liés à des bagarres et aux blessures subies dans la rue, plutôt que dans un environnement plus organisé comme l'école.⁴⁵ Une étude canadienne a reproduit ces résultats, révélant que le SSE plus faible était corrélé à un risque accru de blessures dues à des bagarres et de blessures graves exigeant une hospitalisation, tandis que le SSE plus élevé était corrélé à un risque accru de blessures liées au sport.⁵⁴

L'augmentation de l'hospitalisation due à des blessures était également corrélée positivement aux quartiers à faible SSE, soulignant l'importance des facteurs communautaires dans la prévalence des blessures. Les caractéristiques du quartier comme un niveau élevé de criminalité et de violence, ainsi que les caractéristiques familiales comme un faible degré de supervision et des attitudes antisociales, peuvent contribuer à un risque accru de blessures.⁵⁴ Bien que le SSE faible ait été corrélé avec une hausse de l'agression chez les jeunes, on a constaté que le soutien des familles, des pairs et des écoles atténuait ce facteur de risque.⁵⁵

Une étude suédoise portant sur des jeunes âgés de 10 à 19 ans a révélé que les familles monoparentales et les familles bénéficiaires de prestations d'assistance sociale présentaient des taux plus élevés de suicide et de violence interpersonnelle. Étant donné la relative générosité du système de bien-être social en Suède, qui est conçu de manière à assurer que les bénéficiaires des prestations ne vivent pas dans la pauvreté, ces résultats semblent indiquer que la faiblesse du revenu n'est ni le principal facteur ni le seul facteur dans ces statistiques. Cette étude souligne l'importance des circonstances familiales et sociales pour mieux comprendre les blessures intentionnelles chez les adolescents.²⁰

PERSONNES ÂGÉES

Les chutes sont le type de blessures le plus courant chez les personnes âgées de plus de 50 ans.²¹ Bien que les hommes jeunes soient plus susceptibles que les femmes jeunes de se blesser en tombant, cette statistique s'inverse chez les personnes âgées : les femmes âgées sont beaucoup plus susceptibles de se blesser en tombant que les hommes âgés. Bien qu'il soit plus élevé chez les femmes, le taux de blessures liées aux chutes augmente de façon spectaculaire avec l'âge, à la fois chez les hommes et les femmes, le taux le plus élevé étant chez les personnes âgées de 80 ans et plus, comme l'illustre le tableau suivant.⁵⁶



Note : Adapté de Scott, Wagar & Elliott (2010)

Au Canada, en 2004, les coûts des chutes par habitant chez les hommes âgés de 25 à 65 ans dépassaient de 23 % les coûts des chutes chez les femmes du même âge. Dans la tranche d'âge des plus de 65 ans, les coûts dus aux chutes étaient supérieurs de 75 % chez les femmes.¹⁶

Au Canada atlantique, les soins aux personnes âgées représentent 30 % du coût direct des blessures. Parmi les personnes âgées qui se blessent en tombant, 70 % sont des femmes. Bien que les taux varient quelque peu entre les provinces atlantiques, cette tendance reste constante. Une proportion importante des coûts directs des blessures au Canada atlantique peut être attribuée aux personnes âgées qui se blessent. Les blessures des personnes âgées causées par des chutes vont de 79 % à l'Î.-P.-É. à 85 % en Nouvelle-Écosse. La plus grande part du coût des chutes peut être attribuée aux femmes âgées, dont 68 % à Terre-Neuve-et-Labrador et 77 % à l'Î.-P.-É..¹⁶

Les chutes ont fréquemment des conséquences beaucoup plus graves chez les personnes âgées et celles-ci sont exacerbées par les circonstances socio-économiques. Bon nombre des facteurs de risques clés pour les chutes chez les personnes âgées sont directement ou indirectement liés aux déterminants sociaux de la santé. Par exemple, un revenu faible peut entraîner une alimentation médiocre et un logement précaire, un manque de soutien social, des possibilités réduites d'activités et même des chaussures inappropriées. La faiblesse du niveau d'instruction peut également contribuer aux risques de chutes dans la mesure où ces personnes âgées risquent de moins bien comprendre les mesures de sécurité, l'alimentation adéquate et les styles de vie sains. Les logements inadéquats qui ne disposent pas de dispositifs de sécurité comme des barres d'appui, des rampes et des surfaces antidérapantes dans les salles de bains contribuent également à la probabilité accrue de blessures. (La qualité du logement et ses répercussions sur les blessures sont traitées dans la section Logement de ce rapport.) Les recherches ont démontré que les personnes âgées souffrant de démence sont plus susceptibles de faire des chutes que celles qui ne souffrent pas de démence.⁵⁷

En plus de rencontrer des obstacles qui entravent l'accès à des services tels que les repas livrés à domicile, les soins à domicile et le soutien communautaire, les personnes âgées à faible revenu sont plus susceptibles de vivre dans des quartiers à faible SSE qui sont en état de délabrement, mal conçus et insuffisamment entretenus. Les caractéristiques de la collectivité qui contribuent aux chutes sont les trottoirs mal entretenus, les obstacles, le déneigement et le déglçage insuffisant et l'absence de rampes et d'aires de repos.

Les conducteurs âgés peuvent être davantage exposés aux risques de collision automobile à cause de troubles fonctionnels ou cognitifs ou de problèmes médicaux. Toutefois, les personnes âgées ont malgré tout un taux de collisions plus faible que d'autres segments de la population, en particulier les nouveaux conducteurs et les jeunes conducteurs. Dans la mesure où la capacité de conduire est liée à la qualité de vie, il est important que les Canadiens âgés soient autorisés à conduire en fonction de leurs capacités, pratique qui est appelé conduite conditionnelle.⁵⁸

Après les chutes et les collisions automobiles, les blessures les plus courantes chez les personnes âgées sont les brûlures. Un examen récent de la documentation a démontré que les adultes âgés présentaient une fréquence plus élevée de brûlures par le feu que tout autre groupe d'âge. L'usage incorrect des appareils électriques et les problèmes de mobilité se sont révélés être des facteurs courants.⁵⁹

PEUPLES AUTOCHTONES

Bien que le taux global de blessures ait diminué chez les populations autochtones et non autochtones, les peuples autochtones du Canada continuent à connaître un taux de blessures considérablement plus élevées que les personnes non autochtones. Les blessures sont la principale cause de décès chez les Premières Nations et les Inuits, qui présentent des taux 3,5 fois supérieurs à la moyenne nationale.⁷ Les taux élevés de blessures intentionnelles et accidentelles dans les communautés autochtones sont le résultat d'une interaction complexe de déterminants économiques et sociaux de la santé. Des taux élevés de pauvreté, l'exclusion sociale, la qualité médiocre des logements et la pénurie de logements, le faible niveau d'instruction et d'emploi et la jeunesse de la population contribuent dans une large mesure aux taux élevés de blessures. En plus des déterminants

sociaux de la santé énumérés ci-dessus et discutés tout au long de ce rapport, nous avons identifié un certain nombre d'autres déterminants propres aux peuples autochtones. Ces déterminants supplémentaires intègrent les expériences historiques et la culture des peuples autochtones du Canada et incluent les effets de la colonisation, de la mondialisation et des migrations ainsi que la nécessité d'une continuité culturelle, d'un accès facile, d'un territoire et d'une auto-détermination.⁶⁰ Les chercheurs qui étudient spécifiquement les taux de suicide dans les collectivités autochtones ont constaté que ces taux étaient plus faibles dans les collectivités qui présentaient certaines caractéristiques susceptibles d'améliorer la continuité culturelle. L'auto-gouvernance, l'éducation, les services de santé et d'urgence, les installations culturelles et la résolution des revendications territoriales constituent tous des facteurs de protection contre le suicide. Le fait qu'un minimum de trois de ces facteurs soient présents dans une communauté s'est révélé avoir un effet protecteur⁶¹

Les collisions automobiles, les suicides et les surdoses de drogue sont les causes les plus communes de décès liés à des blessures parmi la population autochtone. Les blessures accidentelles - comme les noyades, les collisions automobiles, les blessures liées à des incendies, les chutes et les intoxications – ainsi que les blessures intentionnelles causées par les tentatives de suicide et les violences interpersonnelles – sont beaucoup plus fréquentes que parmi la population non autochtone.⁷

Les collisions automobiles sont à l'origine du plus grand nombre de décès liés à des blessures parmi les peuples autochtones du Canada. Les rapports indiquent que le taux d'usage des ceintures de sécurité parmi les Premières Nations est de 50 %, comparativement à 80 % pour l'usage moyen au Canada. En plus des véhicules routiers, un grand nombre de ces blessures sont liées à l'usage des motoneiges et des véhicules tout-terrain (VTT). L'isolement d'un grand nombre de communautés autochtones signifie que les gens doivent souvent se déplacer sur de longues distances sur des routes en mauvais état ou bien à travers champ sur des véhicules à caractère non routier. Les hommes sont plus susceptibles d'être impliqués dans les collisions automobiles, tandis que les enfants sont plus souvent blessés dans des accidents impliquant des piétons et des autobus scolaires.⁶²

L'intérêt d'identifier les personnes qui sont davantage exposées au risque de blessures n'est pas de leur rejeter la responsabilité, mais d'établir une base pour axer en priorité les efforts et les ressources là où ils sont les plus nécessaires dans la société du Canada atlantique.

Les noyades sont la deuxième cause de décès liés à des blessures dans les communautés autochtones, tout particulièrement en liaison avec l'usage des motoneiges, la navigation de plaisance et les activités de loisirs aquatiques.⁶² Les taux disproportionnés de noyades parmi la population autochtone du Canada sont probablement liés en partie à la géographie; de nombreuses réserves sont situées à proximité de plans d'eau, l'hypothermie dans l'eau constitue un danger accru dans les régions nordiques et les peuples autochtones se servent des plans d'eau à la fois pour leurs loisirs et leur nourriture : tout cela aboutit à un accroissement du risque de noyades. L'isolement géographique et l'éloignement des secours d'urgence et de l'assistance médicale augmentent également le risque. Les facteurs démographiques, comme la présence d'un grand nombre d'enfants dans la communauté, augmentent la probabilité des noyades, qui sont plus courantes parmi les enfants, y compris les chutes dans l'eau. La consommation d'alcool et de drogues et le refus de porter des gilets de sauvetage se sont également révélés contribuer aux taux de noyades élevées parmi la population autochtone. Les statistiques de Santé Canada pour 1996 indiquent que, parmi les victimes de noyade, seuls 6 % des Autochtones portaient un gilet de sauvetage et que les victimes autochtones étaient plus susceptibles d'avoir un taux d'alcoolémie élevé que les non autochtones.⁶² Les statistiques de 1996 indiquent que le taux de noyade dans la population autochtone du Canada atlantique était au deuxième rang au Canada, soit plus élevé que toute autre région à l'exception des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon.⁶²

Les peuples autochtones courent également un risque plus élevé de blessures et de décès par le feu. Le taux élevé d'usage du tabac, l'utilisation du chauffage au bois, les conditions médiocres de logement et l'absence de détecteurs de fumée augmentent ce risque.⁶² Contrairement aux autres types de blessures, les taux d'intoxication dans les communautés des Premières Nations ont en fait augmenté dans les années 90 à la fois chez les enfants et les adultes. Les intoxications chez les adultes étaient souvent liées à des niveaux toxiques de consommation d'alcool.⁶²

Au Canada, les taux de suicide parmi les peuples autochtones sont considérablement plus élevés que parmi la population non autochtone. Cet écart est régulièrement marqué chez les jeunes, et les jeunes autochtones sont beaucoup plus susceptibles que leurs homologues non autochtones de tenter ou de réussir un suicide. Comme dans la population en général, les hommes autochtones sont plus susceptibles de réussir un suicide mais les femmes sont plus susceptibles de faire une tentative de suicide. La pendaison, la surdose de drogue et les armes à feu sont les moyens les plus couramment utilisés.⁶² L'exclusion sociale – caractérisée par un taux élevé de pauvreté, un sentiment d'impuissance, l'abus des drogues et de l'alcool et le désespoir – est probablement très étroitement liée au suicide dans la population autochtone.

Les taux de violence interpersonnelle sont également élevés chez les Premières Nations. Entre 1989 et 1993, l'homicide était la troisième cause de décès liés à des blessures chez les Canadiens autochtones de la région de l'Atlantique.⁶² Les communautés des Premières Nations connaissent également des taux plus élevés de violence familiale; les statistiques couvrent la violence conjugale, les mauvais traitements infligés aux personnes âgées et aux enfants et ceux-ci sont souvent liés à des taux élevés de consommation d'alcool. Les femmes autochtones sont davantage exposées aux risques de violence conjugale que les femmes non autochtones.⁶²

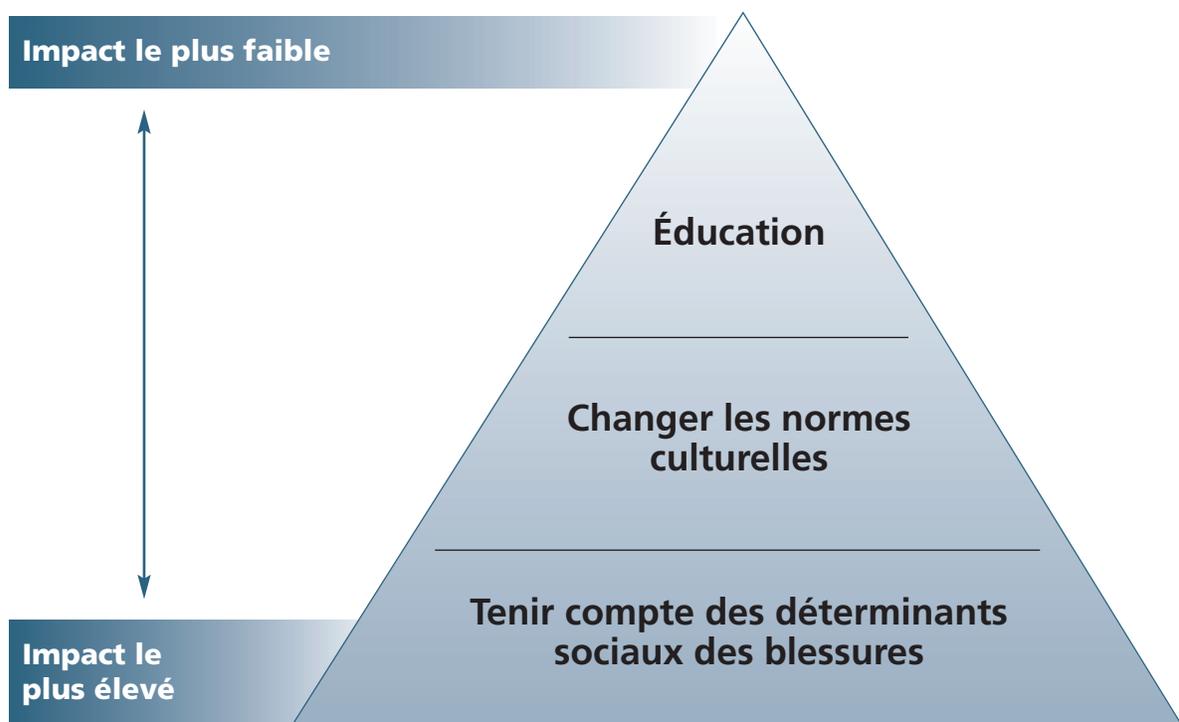
POPULATION LGBT

Bien qu'il n'y ait pas de données spécifiques disponibles concernant les taux de blessures parmi la population lesbienne, gaie, bisexuelle et transgenre (LGBT) au Canada atlantique, nous avons constaté que l'orientation sexuelle influait sur la santé et le risque de blessures, particulièrement par le biais d'expériences liées à l'homophobie, la biphobie, la transphobie et l'hétérosexisme. La menace ou la perpétration de violence physique est l'une des manières dont ces phobies se manifestent et causent du tort. Les membres des communautés LGBT subissent davantage de violence physique, ou de menace de violence, et celle-ci est généralement commise par des personnes externes à la communauté LGBT. Ces facteurs de stress combinés peuvent accroître le taux d'usage d'alcool et d'autres drogues et, en fin de compte, le risque de blessures à la fois intentionnelles et accidentelles.⁶² L'exclusion sociale se manifeste de diverses manières pour les personnes LGBT, y compris par la discrimination en milieu de travail et dans le contexte des soins de santé et peut influencer sur l'estime de soi et les relations interpersonnelles. Ces expériences ont des conséquences sur la santé et plus particulièrement sur le risque de blessures.⁶³

Bien que davantage de recherches soient nécessaires, la majorité des données concernant les disparités relatives aux blessures dans la population LGBT indique un taux accru d'idées suicidaires et d'actes d'automutilation liés à une santé mentale plus fragile et à des taux élevés de dépression. Le taux de tentatives de suicide chez les jeunes s'est révélé être influencé par l'environnement social. Une étude américaine a démontré que les jeunes LGBT qui ne vivaient pas dans un environnement social favorable étaient 20 % plus susceptibles de tenter de se suicider que les autres. Les environnements sociaux par comté ont été mesurés par la proportion de couples du même sexe, de démocrates, d'alliances gais-hétéros et d'écoles possédant des politiques de lutte contre l'intimidation et la discrimination.²⁷

CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX PRATIQUES EXEMPLAIRES

Bien qu'il existe un volume important de recherches évaluant l'efficacité de stratégies spécifiques de prévention des blessures, celles qui ciblent les déterminants sociaux des blessures sont moins fréquemment représentées dans la documentation. Toutefois, il est clair que la réduction des blessures est un processus complexe qui doit prendre en compte les facteurs multi-niveaux qui influencent le comportement, les environnements et les résultats. Les blessures sont le résultat d'une interaction complexe de facteurs à divers niveaux : individuel, communautaire, structurel et sociétal. La dynamique compliquée et multiniveau des blessures signifie qu'une approche coordonnée et globale est nécessaire pour élaborer des stratégies efficaces de prévention des blessures. Une attention excessive aux influences de macro-niveau ou de micro-niveau est susceptible de donner lieu à des stratégies inefficaces.⁸ Comme indiqué dans le tableau suivant, il est important d'incorporer un éventail d'interventions en reconnaissant qu'une stratégie globale tenant compte des déterminants sociaux des blessures sera la plus efficace :



De plus, les praticiens et les responsables des politiques doivent être attentifs au fait que les stratégies de prévention peuvent parfois augmenter les disparités si elles bénéficient principalement à ceux qui sont les moins vulnérables. Au niveau individuel, familial et communautaire, les stratégies efficaces doivent réduire les obstacles à la sécurité, informer, créer des occasions de comportement plus sûr et améliorer l'auto-efficacité tout en influençant les normes sociales en faveur d'un changement de comportement.⁹ Les progrès en éducation, les politiques d'hygiène publique et les environnements sécuritaires sont des composantes essentielles des stratégies réussies de prévention des blessures.¹⁰

ADOPTER UNE APPROCHE COORDONNÉE

La coordination des efforts entre les différents paliers de gouvernement et les intervenants ainsi qu'une allocation suffisante de ressources sont des éléments critiques pour rendre une stratégie efficace.⁶⁵ Le potentiel énorme d'économies de coûts dans le secteur des soins de santé signifie que l'investissement dans les efforts de prévention des blessures permettra d'économiser de l'argent à court et à long terme.

METTRE L'ACCENT SUR LES POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES

Étant donné les variations considérables des taux de blessures entre différents segments de la population, on considère généralement que la pratique optimale est d'envisager les caractéristiques des publics particuliers et d'orienter la stratégie d'une manière appropriée aux différentes populations.⁶⁵ L'adoption d'une approche unique pour l'ensemble de la population ne sera pas en mesure de créer le changement. Les programmes devraient veiller à cibler convenablement les communautés les plus vulnérables.² De plus,

« ... les croyances, l'accès à l'information et les comportements de prévention des blessures varient en fonction du SSE. S'ils n'ont pas accès à l'information et aux ressources adaptées à leurs besoins, les individus ayant un faible SSE sont moins susceptibles de croire que les blessures sont évitables... et sont moins susceptibles de prendre des mesures efficaces de prévention des blessures ». ¹ (p. 370)

Les interventions qui ciblent les groupes à faible SSE devraient prendre en compte les facteurs comme le niveau élevé de stress, le sentiment d'impuissance, le manque de contrôle, l'environnement physique et le logement et les risques environnementaux. Il faut s'assurer que ces programmes sont à la portée des individus susceptibles d'être socialement isolés (p. ex, ceux qui n'ont pas accès à des centres communautaires, à d'autres sources d'information, à des ateliers) et ayant un faible niveau d'alphabétisation ou d'éducation.²⁹ Les liens éventuels entre l'éducation et les taux de blessures semblent indiquer que les campagnes de prévention des blessures devraient être accessibles et compréhensibles aux personnes qui ont un faible niveau d'alphabétisation ou un degré minime de compréhension, afin d'assurer qu'elles sont à la portée des personnes les plus exposées aux risques.¹⁵ À défaut de cela, elles risqueraient d'augmenter la disparité en profitant uniquement à ceux qui présentent le plus faible risque de blessures.

Les taux élevés de blessures parmi les groupes à faible SSE laissent entendre que les efforts de prévention doivent cibler précisément les caractéristiques de ces groupes. Une bonne compréhension de la population à cibler et des blessures à prévenir est de toute évidence importante pour assurer l'efficacité. Le fait d'aller au-delà des simples catégories du SSE pour mieux comprendre la dynamique de l'élévation du risque est susceptible de fournir des informations importantes en vue de cibler les stratégies de prévention des blessures. Des informations précises sur les caractéristiques des segments de la population à haut risque devraient être réunies avant d'élaborer les informations et les stratégies.

POLITIQUE D'HYGIÈNE PUBLIC ET ENVIRONNEMENTS SÉCURITAIRES

Une politique d'hygiène publique peut être l'une des méthodes les plus efficaces de prévention des blessures en assurant que les individus vivent dans des environnements sécuritaires et favorables. Les politiques universelles à l'appui du développement en santé des enfants, du vieillissement en santé et des environnements sociaux favorables ainsi qu'un standard de vie de qualité pour tous fournissent une base pour l'amélioration de la santé et de la sécurité des individus, des familles et des collectivités. Pour ce qui est de la prévention des blessures, les politiques qui veillent à ce que tous les produits répondent à certaines normes de sécurité évitent la vente et la distribution d'articles dangereux. Les modifications réglementaires, lorsqu'elles sont associées à des stratégies de mise en exécution, peuvent parfois accélérer le processus d'évolution comportementale et peuvent contribuer à un changement culturel. Les programmes d'application de la loi se sont révélés efficaces pour réduire le risque de nombreux types de blessures. La législation régissant les sièges de sécurité pour enfants, par exemple, a eu un impact significatif sur la réduction de la fréquence des blessures mortelles et non mortelles dues à des accidents de voiture.²³ L'usage prescrit par la loi des ceintures de sécurité et des sièges de sécurité pour enfants, la limite d'âge pour l'usage des VTT et le système de permis progressif sont des mesures importantes qui peuvent réduire les blessures dues à des collisions automobiles.⁶⁶ Il a été démontré que les taux de blessures liées à l'alcool diminuaient lorsque des politiques gouvernant la vente d'alcool imposaient des restrictions sur la publicité, la densité des points de vente et la réduction des prix.⁶⁷ Les politiques d'hygiène clinique, la législation et la réglementation entraînent non seulement une amélioration de la sécurité mais également une modification des normes sociales et des attitudes.

Les liens entre les caractéristiques d'une communauté et les taux de blessures laissent entendre que des progrès significatifs peuvent être faits en abordant les questions de sécurité à un niveau structurel. Des initiatives comme la réduction de la circulation dans les zones résidentielles, la planification urbaine visant à éviter la création de zones de concentration de pauvreté, une meilleure conception des véhicules et des routes, l'application des normes de logements et les mesures de sécurité en milieu de travail peuvent avoir un impact favorable sur la réduction des blessures pour tous, mais particulièrement pour ceux qui sont les plus vulnérables.² La modification de l'environnement et l'observation des normes de sécurité offrent des possibilités considérables de réduction du risque de blessures. Certains domaines clés de la réglementation en matière d'ingénierie sont les normes de sécurité des terrains de jeux, les dispositifs de sécurité pour fenêtre et les clôtures autour des piscines.⁶⁸

INFLUENCER LES NORMES SOCIALES

La fréquence élevée des blessures est souvent liée à une perception erronée des niveaux de risque et des normes sociales.⁶⁹ Ces attitudes sont souvent plus répandues parmi les groupes à faible SSE, peut-être à cause du niveau d'instruction et du comportement normatif. La réduction du risque de blessures exige souvent un changement d'attitude et une compréhension du risque par des membres importants du milieu social, évolution qui peut commencer en combinant les réformes politiques et le ciblage efficace des campagnes d'éducation et de sensibilisation.

Malgré l'importance de l'éducation, il semble que les méthodes les plus efficaces de prévention des blessures sont celles qui exigent peu d'efforts individuels ou de changement de comportement² L'accent devrait par conséquent être mis sur l'élimination des dangers par des moyens comme l'amélioration des routes et l'usage de bouchons de sécurité universels sur les produits dangereux.

RÉDUIRE LES OBSTACLES À LA SÉCURITÉ

Toute l'information du monde n'y changera rien si une personne ne peut pas se permettre d'acheter les dispositifs de sécurité, comme les sièges de sécurité pour enfants, les casques et les barrières de sécurité, qui peuvent réduire la fréquence et la gravité des blessures. La fourniture d'équipements de sécurité gratuits ou bon marché est une mesure de prévention fondamentale qui est susceptible d'être particulièrement efficace pour les groupes à faible SSE qui peuvent rencontrer des obstacles financiers les empêchant d'utiliser du matériel de sécurité comme les sièges de sécurité.^{2,10,23} On a constaté que l'efficacité des programmes d'éducation était considérablement améliorée lorsque le matériel de sécurité était fourni gratuitement aux familles à faible revenu.³⁵ L'accès à des soins médicaux d'urgence peut également réduire l'impact des blessures et faire la différence entre une blessure mortelle et une blessure non mortelle, ou entre l'invalidité permanente et le rétablissement. Toutefois, le fait de vivre dans un environnement rural peut entraîner un accès réduit aux soins médicaux.²

Il est important de noter qu'en plus des obstacles physiques à la sécurité, il peut également y avoir des obstacles psychologiques, comme la gêne, qui empêchent les personnes de chercher des programmes, du matériel gratuit ou de l'assistance supplémentaire. Les activités de prévention des blessures doivent tenir compte de ces obstacles et s'efforcer non seulement d'éliminer la stigmatisation liée à l'appel à l'aide mais également d'améliorer les politiques sociales qui créent l'équité parmi les populations.

Les activités de prévention des blessures pour les groupes à faible SSE devraient comporter l'accès gratuit ou à faible coût à du matériel de sécurité et des recours abordables pour réduire les dangers liés au logement. Il est également important de mettre l'accent sur la réduction des obstacles et l'amélioration de l'auto-efficacité dans les stratégies de prévention des blessures chez les jeunes enfants.⁷⁰ Les mesures de protection des enfants sont l'un des aspects de la prévention des blessures auxquels la plupart des gens sont favorables mais qui présentent de nombreux obstacles pour les familles à faible SSE, y compris les contraintes financières, la piètre qualité du logement et les déménagements fréquents. Les stratégies de prévention des blessures dans ces situations doivent comporter des efforts pour éliminer les obstacles à la mise en œuvre des mesures de prévention des blessures.

CHANGEMENT À L'ÉCHELLE COMMUNAUTAIRE

L'impact de la dynamique communautaire sur les taux de blessures laisse entendre que les interventions au niveau communautaire peuvent être efficaces pour réduire certains types de blessures. Réduire l'inégalité sociale et le taux de criminalité et de violence dans la communauté, éviter la création de collectivités caractérisées par une pauvreté concentrée, améliorer l'accès aux services et améliorer le soutien social disponible sont des stratégies qui sont susceptibles d'avoir un impact favorable sur les taux de blessures dans les collectivités à faible SSE.

Les approches à la prévention des blessures qui sont propres à la communauté offrent la possibilité d'élaborer des stratégies qui abordent directement les soucis et les risques pertinents. En faisant participer activement les membres de la population cible au développement des programmes, on est susceptible d'améliorer l'efficacité des stratégies propres à la communauté, dans la mesure où l'on obtient une représentation plus précise des caractéristiques, des dynamiques et des facteurs de risque dans la communauté lorsque les membres de la communauté sont impliqués.¹⁰ La mobilisation des efforts communautaires en matière de prévention des blessures favorise également l'évolution nécessaire de la sensibilisation et des normes sociales en direction d'un comportement plus sécuritaire.

FOURNIR DES INFORMATIONS

Bien qu'elle ne soit généralement pas efficace en elle-même, la fourniture d'informations est une composante importante des stratégies de prévention des blessures. Bien que l'équipement comme les dispositifs de protection pour enfants puisse être très efficace pour réduire les blessures dues à des collisions automobiles, cet équipement ne sert à rien s'il n'est pas convenablement utilisé. De nombreuses études ont montré qu'une proportion élevée de la population ne sait pas comment installer et utiliser convenablement les sièges de sécurité pour enfants.^{35,42} Des démonstrations pratiques des procédures d'installation et de fixation sont susceptibles d'être efficaces mais elles doivent être largement disponibles et accessibles.

Bien que l'augmentation de la sensibilisation et de la compréhension soit un élément critique de la prévention des blessures, ce n'est pas une stratégie efficace à titre autonome. Les évaluations ont indiqué que même les programmes axés principalement sur l'éducation doivent utiliser une approche multimodale. Les interventions qui associent l'éducation à la distribution de matériel ou à des incitations à l'usage de matériel de sécurité se sont révélées efficaces dans les évaluations de programmes, alors que les approches axées uniquement sur l'éducation ne se sont pas révélées efficaces²³ De même, on a constaté que les programmes d'éducation avec visites à domicile étaient plus efficaces pour améliorer les comportements prudents dans les familles vivant dans des zones à faible revenu que les programmes qui offraient uniquement de l'information sans visites à domicile. L'éducation est une composante clé de nombreuses stratégies de prévention des blessures, mais elle n'est pas suffisante en elle-même.



RECOMMANDATIONS

Cet examen de la documentation a démontré que bien qu'il existe un volume important de recherches associant les blessures et les déterminants sociaux de la santé, il existe peu d'informations spécifiques au Canada atlantique. La documentation et les pratiques actuelles de prévention des blessures révèlent que la majorité des efforts sont axés sur la prévention primaire ou secondaire et que moins d'attention est accordée à la prévention primordiale. Les implications pour la pratique sont évidentes. Les données démontrent que les praticiens de la prévention des blessures et les responsables des politiques ont l'obligation professionnelle de préconiser de meilleures politiques sociales qui réduisent le risque de blessures et de mauvaise santé. Les praticiens et les responsables des politiques doivent toujours envisager les liens entre les blessures et les déterminants sociaux de la santé lorsqu'ils conçoivent des interventions afin d'assurer que ces interventions bénéficient aux personnes les plus exposées aux risques et qu'elles n'augmentent pas la disparité.

Suite à l'examen de la documentation sur les déterminants sociaux de la santé et les blessures, y compris les répercussions cernées en matière de stratégies de prévention des blessures, nous proposons les recommandations suivantes pour la collecte des données, la recherche et la pratique au Canada atlantique.

AMÉLIORATION DE LA COLLABORATION

Améliorer la collaboration avec les secteurs externes à la santé pour faciliter un meilleur usage des données existantes. Parmi les secteurs concernés, citons :

- Transports
- Police/GRC
- Services communautaires

Envisager les possibilités de synthèse des banques de données et des données existantes qui démontrent les liens entre le statut socio-économique et les blessures au Canada atlantique.

Augmenter les partenariats en dehors de la santé et de la prévention des blessures et inclure ceux qui travaillent à l'amélioration de la qualité de vie.

RECHERCHE

Identifier les déterminants sociaux de la santé et les stratégies de prévention qui justifient des recherches supplémentaires dans le contexte du Canada atlantique afin d'améliorer les politiques et les interventions. Les domaines d'exploration possible sont les suivants :

- Différences entre zones rurales et zones urbaines
- Genre
- Populations autochtones

TRADUCTION DES CONNAISSANCES

Renforcer la compréhension, parmi les praticiens de la prévention des blessures et les responsables des politiques, du lien entre les déterminants sociaux des blessures et du rôle que peuvent jouer les politiques et les interventions dans la réduction ou l'augmentation des disparités en matière de santé.

Encourager les praticiens de la prévention des blessures et les responsables des politiques au Canada atlantique à jouer un rôle actif dans la prévention primordiale en plus de travailler à d'autres niveaux de prévention des blessures.

RESSOURCES RECOMMANDÉES

Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé

Auteur : Gouvernement du Canada

Année de publication : 2008

Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-fra.php>

Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes

Auteurs : Juha Mikkonen and Dennis Raphael

Année de publication : 2011

Disponible à : <http://www.thecanadianfacts.org/fra.html>

Changement de vitesse : Cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé

Auteur : Conseil canadien de la santé

Année de publication : 2010

Disponible à :

http://healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?page=shop.product_details&flypage=shop.flypage&product_id=102&category_id=10&manufacturer_id=0&option=com_virtuemart&Itemid=1100

GLOSSAIRE

Autochtones : Premières Nations, Métis et Inuits du Canada.

Biphobie : Peur ou haine à l'égard des personnes bisexuelles

Colonisation : Dans le contexte du Canada, la colonisation fait référence au processus d'expansion géographique, politique, économique et sociale des pays européens, à partir du XVe siècle.⁷²

Genre : « Le terme se rapporte aux rôles, aux comportements, aux activités et aux attributs sociaux qu'une société donnée considère comme appropriés pour les hommes et pour les femmes ». ⁷³

Hétérosexisme : « Le fait d'assumer que tout le monde est hétérosexuel, en marginalisant par conséquent les personnes qui ne s'identifient pas comme hétérosexuelles. C'est aussi la croyance que l'hétérosexualité est supérieure à l'homosexualité et aux autres orientations sexuelles. »⁷⁵

Homophobie : « Peur irrationnelle et intolérance des individus qui sont homosexuels ou des sentiments homosexuels en soi-même. Cela suppose que l'hétérosexualité est supérieure. »⁷⁶

Mondialisation : « La mondialisation est un processus d'interaction et d'intégration entre les gens, les compagnies et les gouvernements de différentes nations, processus influencé par le commerce et l'investissement international et soutenu par la technologie de l'information. Ce processus a des effets sur l'environnement, sur la culture, sur les systèmes politiques, sur le développement et la prospérité économiques et sur le bien-être physique des êtres humains des sociétés du monde entier. » ⁷⁴

Prévention primordiale : Prise de « mesures inhibant l'apparition et l'installation de conditions sociales, comportementales, économiques et environnementales connues pour favoriser le risque de maladie » et de blessures.¹¹

Racialisation : « Processus selon lequel des populations ont été socialement envisagées comme des races, généralement sur la base d'attributs génétiques, physiques ou culturels réels ou fictifs. La référence à des groupes raciaux ou à des minorités raciales met l'accent sur les processus sociaux par lesquels les personnes se trouvent classifiées comme étant de race différente et dans quelles circonstances historiques. »⁷⁶

Sexe : « Fait référence à une personne en fonction de son anatomie (organes génitaux externes, chromosomes et appareil génital interne). Les termes sexuels sont « mâle, femelle, transsexuel et intersexué ». Le sexe est biologique bien que les opinions et les expériences au sujet du sexe soient culturelles. »⁷⁶

Statut socio-économique : « Ce terme couvre à la fois les mesures axées sur les ressources et les mesures axées sur le prestige, liées à la position sociale à la fois dans l'enfance et l'âge adulte. Les mesures axées sur les ressources concernent les ressources et les biens matériels et sociaux, y compris le revenu, la fortune et les diplômes; les termes utilisés pour décrire des ressources inadéquates sont « pauvreté » et « dépossession ». Les mesures axées sur le prestige font référence au rang ou au statut des individus dans une hiérarchie sociale, évaluée généralement en fonction de l'accès des individus à des produits, des services et des connaissances et à leur consommation de ces derniers en liaison à leur prestige professionnel, leur revenu et leur niveau d'instruction ». ⁷⁷

Transgenre : Individu dont l'identité de genre diffère des attentes sociales du sexe physique avec lequel il est né. ⁷⁶

Transphobie : Crainte ou haine à l'égard des personnes transgenre.



RÉFÉRENCES

- 1 Cubbin, C., Smith, G. (2002). Socioeconomic inequalities in injury: Critical issues in design and analysis. *Annual Review of Public Health* 23:349–75.
- 2 Laflamme, L., Burrows, S., Hasselberg, M. (2009). Socioeconomic differences in injury risks: A review of findings and a discussion of potential countermeasures. World Health Organization Europe.
- 3 Canadian Institute for Health Information. (2010). Injury hospitalizations and socioeconomic status. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- 4 Kjellstrom, T., Mercado, S. (2008). Towards action on social determinants for health equity in urban settings. *Environment and Urbanization* 20(2):551–74.
- 5 Galabuzi, G. (2009). "Social exclusion." In Raphael, D. (ed.) *Social Determinants of Health*, 2nd edition. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.
- 6 Johnson, S.B., Jones, V.C. (2011). Adolescent development and risk of injury: Using developmental science to improve interventions. *Injury Prevention* 17:50–4.
- 7 Health Canada. (2009). A statistical profile on the health of First Nations in Canada: Health services utilization in Western Canada, 2000. Retrieved June 20, 2011 from <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/2009-stats-profil-vol2/index-eng.php>
- 8 Reeve, B. (2006). Causal frameworks in child unintentional-injury prevention policy in New Zealand. *Social Policy Journal of New Zealand* 27:38–56.
- 9 Gielen, A., Sleet, D. (2003). Application of behavior-change theories and methods to injury prevention. *Epidemiologic Reviews* 25:65–76.
- 10 Alberta Centre for Injury Control and Research. (2006). Socioeconomic status and injury. *Injury Examiner*. Retrieved June 20, 2011 from <http://acicr.ca/Upload/news-events/communications-education/injury-examiner/socioeconomic-status/SES.pdf>
- 11 Ursoniu, S. (2009). Primordial prevention, developing countries and the epidemiological transition: Thirty years later. *Wiener klinische Wochenschrift* 121:168–72.
- 12 World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada. Retrieved June 20, 2011 from http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- 13 Nova Scotia Department of Health. (2002). Healthy People, Healthy Communities: Using a population health approach in Nova Scotia. Retrieved May 17, 2010 from <http://www.hpclearinghouse.ca/downloads/hphc.pdf>
- 14 Mikkonen, J., Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management. Retrieved June 20, 2011 from <http://www.thecanadianfacts.org/>
- 15 Batty, D., Gale, C., Tynelius, P., Deary, I., Rasmussen, F. (2008). IQ in early adulthood, socioeconomic position, and unintentional injury mortality by middle age: A cohort study of more than 1 million Swedish men. *American Journal of Epidemiology* 169(5):606–15.
- 16 SMARTRISK. (2009). *The Economic Burden of Injury in Canada*. Toronto: SMARTRISK. Accessed June 20, 2011 from <http://www.smartrisk.ca/index.php/burden>
- 17 Laflamme, L., Sethi, D., Burrows, S., Hasselberg, M., Racioppi, F., Apfel, F. (2009). Addressing the socioeconomic safety divide: A policy briefing. World Health Organization Europe.
- 18 Lynch, J.W., Smith, G.D., Kaplan, G.A., House, J.S. (2000). Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 320:1220–4.
- 19 Alexandrescu, R., O'Brien, S., Lecky, F. (2009). A review of injury epidemiology in the UK and Europe: Some methodological considerations in constructing rates. *BMC Public Health* 9:226.
- 20 Engstrom, K., Diderichsen, F., LaFlamme, L. (2004). Parental social determinants of risk for intentional injury: A cross-sectional study of Swedish adolescents. *American Journal of Public Health* 94(4):640–5.
- 21 Public Health Agency of Canada. (2005). *Report on Seniors' Falls in Canada*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.

- 22 Oliver, L., Kohen, D. (2009). Neighbourhood income gradients in hospitalizations due to motor vehicle traffic incidents among Canadian children. *Injury Prevention* 15:163–9.
- 23 Zaza, S., Sleet, D., Thompson, R., Sosin, D., Bolen, J. and the Task Force on Community Preventive Services. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to increase use of child safety seats. *American Journal of Preventive Medicine* 21(4S):31–48.
- 24 Jackson, A. (2009). "The unhealthy Canadian workplace." In Raphael, D. (ed.) *Social Determinants of Health*, 2nd edition. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.
- 25 Breslin, F., Smith, P., Mustard, C., Zhao, R. (2006). Young people and work injuries: An examination of jurisdictional variation within Canada. *Injury Prevention* 12:105–10.
- 26 Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Women's safety and health issues at work. Retrieved June 20, 2011 from <http://www.cdc.gov/niosh/topics/women/>
- 27 Hatzenbuehler, M. (2011). The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. *Pediatrics*. Published online Apr. 18, 2011. Retrieved June 20, 2011 from <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/04/18/peds.2010-3020.abstract>
- 28 Shenassa, E., Stubbendick, A., Brown, M. (2004). Social disparities in housing and related pediatric injury: A multilevel study. *American Journal of Public Health* 94(4):633–9.
- 29 Hayes, J., Groner, J. (2005). Minority status and the risk of serious childhood injury and death. *Journal of the National Medical Association* 97(3):36–9.
- 30 Center on the Developing Child at Harvard University. (2011). The foundations of lifelong health are built in early childhood. Retrieved June 20, 2011 from http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/foundations-of-lifelong-health/
- 31 Woolf, S., Johnson, R., Phillips, R., Philipsen, M. (2007). Giving everyone the health of the educated: An examination of whether social change would save more lives than medical advances. *American Journal of Public Health* 97(4):679–83.
- 32 Lu, T., Chiang, T., Lynch, J. (2005). What can we learn from international comparisons of social inequalities in road traffic injury mortality? *Injury Prevention* 11:131–3.
- 33 Breyse, P., Farr, N., Galke, W., Lanphear, B., Morley, R., Bergofsky, L. (2004). The relationship between housing and health: Children at risk. *Environmental Health Perspectives* 112(15):1583–8.
- 34 ACIP and Safe Kids Canada. (2009). Child and youth unintentional injury in Atlantic Canada: 10 years in review. Halifax: Atlantic Collaborative on Injury Prevention. Retrieved May 5, 2010 from www.safekidscanada.ca/SKCFForPartners/custom/AtlanticReport_Eng.pdf
- 35 McDonald, E., Gielen, A., Trifiletti, L., Andrews, J., Serwint, J., Wilson, M. (2003). Evaluation activities to strengthen an injury prevention resource center for urban families. *Health Promotion Practice* 4(2):129–37.
- 36 Brownell, M., Friesen, D., Mayer, T. (2002). Childhood injury rates in Manitoba. *Canadian Journal of Public Health* 93(2):S50–6.
- 37 Clow, B., Pederson, A., Haworth-Brockman, M., Bernier, J. (2009). Rising to the challenge: Sex- and gender-based analysis for health planning, policy and research in Canada. Halifax, NS: Atlantic Centre of Excellence for Women's Health.
- 38 Williams, D. (2003). The health of men: Structured inequalities and opportunities. *American Journal of Public Health* 93(5):724–31.
- 39 World Health Organization. (2009). Women and health: Today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva: World Health Organization.
- 40 Statistics Canada. (2011). Women in Canada: A gender-based statistical report, 6th edition. Ottawa: Government of Canada..
- 41 American Psychological Association. (2007). Report of the APA Taskforce on the sexualization of girls. Retrieved June 13, 2011 from <http://www.apa.org/pi/women/programs/girls/report.aspx>
- 42 Morrongiello, B., Dawber, T. (2000). Mothers' responses to sons and daughters engaging in injury-risk behaviors on a playground: Implications for sex differences in injury rates. *Journal of Experimental Child Psychology* 76(2):89–103.
- 43 Pan, S., Ugnat, A.M., Semenciw, R., Desmeules, M., Mao, Y., MacLeod, M. (2006). Trends in childhood injury mortality in Canada, 1979–2002. *Injury Prevention* 12:155–60.
- 44 Birken, C., Parkin, P., To, T., MacArthur, C. (2006). Trends in rates of death from unintentional injury among Canadian children in urban areas: Influence of socioeconomic status. *Canadian Medical Association Journal* 175(8):867–8.

- 45 Nova Scotia Health Promotion and Protection. (2009). Child and youth injuries in Nova Scotia 1995–2004: A report. Halifax, NS: Government of Nova Scotia.
- 46 Gilbride, S., Wild, C., Wilson, D., Svenson, L., Spady, D. (2006). Socio-economic status and types of childhood injury in Alberta: A population-based study. *BioMed Central Pediatrics* 6:30. Retrieved June 20, 2011 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1687186/pdf/1471-2431-6-30.pdf>
- 47 Kronenfeld, J., Reiser, M., Glik, D., Alatorre, C., Jackson, K. (1997). Safety behaviors of mothers of young children: Impact of cognitive, stress and background factors. *Health*. 1(2):205–25.
- 48 Leitch, K. (2007). Reaching for the top: A report by the advisor on healthy children and youth. Ottawa: Health Canada. Retrieved on Oct. 10, 2009 from <http://www.hc-sc.gc.ca>
- 49 Safe Kids Canada. (2006). Child and youth unintentional injury: 10 years in review 1994–2003. Retrieved June 20, 2011 from http://www.ccsd.ca/pccy/2006/pdf/skc_injuries.pdf
- 50 Boyer, T. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Developmental Review* 26:291–345.
- 51 Pickett, W., Molcho, M., Simpson, K., Janssen, I., Kuntsche, E., Mazur, J., Harel, Y., Boyce, W. (2005). Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention* 11:213–8.
- 52 Potter, B., Speechley, K., Koval, J., Gutmanis, I., Campbell, M.K., Manuel, D. (2005). Socioeconomic status and non-fatal injuries among Canadian adolescents: Variations across SES and injury measures. *BMC Public Health* 5:132.
- 53 Dummer, T., Bellemare, S., MacDonald, N., Parker, L. (2010). Death in 12-24 year old youth in Nova Scotia: High risk of preventable deaths for males, socially deprived and rural populations – A report from the NSYOUTH program. *International Journal of Pediatrics*. doi:10.1155/2010/769075. Published online July 28, 2010.
- 54 Simpson, K., Janssen, I., Craig, W., Pickett, W. (2005). Multilevel analysis of associations between socioeconomic status and injury among Canadian adolescents. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59:1072–7.
- 55 Pickett, W., Simons-Morton, B., Dostaler, S., Iannotti, R. (2009) Social environments and physical aggression among 21,107 students in the United States and Canada. *Journal of School Health* 79(4):160–8.
- 56 Scott, V., Wagar, L., Elliott, S. (2010). Falls and related injuries among older Canadians: Fall-related hospitalizations and intervention initiatives. Prepared on behalf of the Public Health Agency of Canada, Division of Aging and Seniors. Victoria, BC: Victoria Scott Consulting.
- 57 Van Doorn, C., Gruber-Baldini, A., Zimmerman, S., Hebel, J., Port, C., Baumgarten, M., et al. (2003). Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(9): 1213-8.
- 58 Canadian Institutes of Health Research. (2009). Getting the facts on seniors' safety behind the wheel. Retrieved May 6, 2011 from <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39178.html>
- 59 Douglas, A., Letts, L., Richardson, J. (2011). A systematic review of accidental injury from fire, wandering and medication self-administration errors for older adults with and without dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52:e1-e10.
- 60 National Aboriginal Health Organization. (2007). Broader Determinants of Health in an Aboriginal Context. Ottawa: National Aboriginal Health Organization.
- 61 Chandler, J., Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry* 35(2):191-219.
- 62 Canadian Rainbow Health Coalition. What are social determinants of health for LBGTTTIQ people? Retrieved Apr. 14, 2011 from <http://www.rainbowhealth.ca/documents/english/SDOH%20Pamphlet.pdf>
- 63 Nova Scotia Department of Health Promotion and Protection. (2009) Links between the LGBT communities and injury: Discussion paper. Halifax: Government of Nova Scotia.
- 64 Mitchell, R., McClure, R. (2006). The development of national injury prevention policy in the Australian health sector: and the unmet challenges of participation and implementation. *Australia and New Zealand Health Policy* 3:11.
- 65 Vladutiu, C., Nansel, T., Weaver, N., Jacobsen, H., Kreuter, M. (2006). Differential strength of association of child injury prevention attitudes and beliefs on practices: A case for audience segmentation. *Injury Prevention* 12:35–40.

- 66 Task Force on Community Preventive Services. (2001) Motor-vehicle occupant injury: Strategies for increasing use of child safety seats, increasing use of safety belts, and reducing alcohol-impaired driving: A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recommendations and Reports* 50(RR07):1-13. Retrieved Oct. 11, 2009 from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5007a1.htm>
- 67 Giesbrecht, N., Stockwell, T., Kendall, P., Strang, R., Thomas, G. (2011). Alcohol in Canada: Reducing the toll through focused interventions and public health policies. *Canadian Medical Association Journal* 183(4):450–5.
- 68 Howard, A. (2009). Keeping children safe: Rethinking how we design our surroundings. *Canadian Medical Association Journal* 182(6):573–8. Epub Oct. 5, 2009 as doi: 10.1503/cmaj.080162
- 69 Simons-Morton, B., Ouimet, M. (2006). Parent involvement in novice teen driving: A review of the literature. *Injury Prevention* 12(suppl):i30–7.
- 70 Gielen, A., Wilson, M., Faden, R., Wissow, L., Harvilchuck, J. (1995). In-home injury prevention practices for infants and toddlers: The role of parental beliefs, barriers and housing quality. *Health Education Quarterly* 22(1): 85–95.
- 71 Birken, C., MacArthur, C. (2004). Socioeconomic status and injury risk in children. *Paediatric Child Health* 9(5):323–5.
- 72 University of Victoria. Cultural Safety: Module 3 – People’s experiences of colonization in relation to health care. Retrieved May 5, 2011 from <http://web2.uvcs.uvic.ca/courses/csafety/mod3/glossary.htm>
- 73 World Health Organization. (2011). Gender. Retrieved May 5, 2011 from <http://www.who.int/topics/gender/en/>
- 74 Levin Institute. (2011). *What is globalization?* Retrieved May 5, 2011 from http://www.globalization101.org/What_is_Globalization.html
- 75 Gender Equity Resource Centre. (2011). LGBT Resources – Definition of Terms. Retrieved May 6, 2011 from http://geneq.berkeley.edu/lgbt_resources_definiton_of_terms#transphobia
- 76 Warburton, T. (2002). University of Victoria SOCI 335 class notes, Sept. 9, 2002. Retrieved May 5, 2011 from <http://web2.uvcs.uvic.ca/courses/csafety/mod3/glossary.htm>
- 77 PAHO. Global learning device on social determinants of health and public policy formation. Retrieved May 6, 2011 from <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoeng/glosario.html>

acipcapb
ATLANTIC COLLABORATIVE
ON INJURY PREVENTION
COLLABORATION ATLANTIQUE
POUR LA PRÉVENTION DES BLESSURES