Yvonne Robitaille, Direction de la santé publique de Montréal Centre
Guy Régnier, Ex Régie de la sécurité dans les sports du Québec,
Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec
I. Barry Pless, Département d'épidémiologie et de biostatistique, Université McGill

(1995)

“Accidents avec blessures”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel : jean-marie_tremblay@uqac.ca
Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Yvonne Robitaille, Guy Régnier et I. Barry Pless,

"Accidents avec blessures".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 13, pp. 257-270. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

[Au nom de l'Éditeur du Québec, Publications Québec, Mme Cynthia Lachance, responsable de la gestion des droits d'auteur, nous a donné le 17 octobre 2006 la permission de diffuser ce livre, en texte intégral, dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : cynthia.lachance@mrci.gouv.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte : Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 6 août 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada. Mise à jour le 26 mars 2008.

Yvonne Robitaille, Direction de la santé publique de Montréal Centre
Guy Régnier, Ex Régie de la sécurité dans les sports du Québec,
Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec
I. Barry Pless, Département d'épidémiologie et de biostatistique,
Université McGill

“Accidents avec blessures”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 13, pp. 257-270. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

Table des matières

- 13.0 [Introduction](#)
- 13.1 [Aspects méthodologiques](#)
 - 13.1.1 [Indicateurs](#)
 - 13.1.2 [Comparabilité avec l'enquête Santé Québec 1987](#)
 - 13.1.3 [Portée et limites des données](#)
- 13.2 [Résultats](#)
 - 13.2.1 [Victimes d'accidents avec blessures](#)
 - 13.2.2 [Conséquences des accidents avec blessures](#)
- 13.3 [Conclusions](#)
 - 13.3.1 [Synthèse et pistes de recherche](#)
 - 13.3.2 [Éléments de réflexion pour la planification](#)
- 13.4 [Références bibliographiques](#)

Yvonne Robitaille, Direction de la santé publique de Montréal Centre
Guy Régnier, Ex Régie de la sécurité dans les sports du Québec,
Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec
I. Barry Pless, Département d'épidémiologie et de biostatistique,
Université McGill

"Accidents avec blessures".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I**. Chapitre 13, pp. 257-270. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

13.0 Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Les accidents inquiètent et fascinent l'opinion publique. C'est l'aspect spectaculaire et inusité qui intrigue. Pour les professionnels de la santé, les accidents préoccupent par l'ampleur des dommages à réparer, chez des personnes par ailleurs souvent en bonne santé. Pour le personnel de la santé publique, les blessures occasionnées par un accident ne constituent pas un phénomène qui relève du hasard ; il s'agit le plus souvent de la juxtaposition de facteurs humains et environnementaux, dont la combinaison provoque un déséquilibre qui est à l'origine des blessures (Robertson, 1983) ¹. À mesure que l'on comprend les circonstances dans lesquelles les blessures surviennent, on peut envisager des stratégies de prévention.

¹ Le terme « accident » est utilisé pour désigner l'événement au cours duquel la blessure est survenue, sans conférer à ce terme une connotation d'imprévisibilité ou d'inéluctabilité.

Les accidents sont des événements fréquents dont les conséquences sur le plan de la gravité varient grandement. Si le décès et l'hospitalisation par suite de blessures² intentionnelles ou non intentionnelles sont de mieux en mieux décrits (Choinière *et al.*, 1993 ; Baker *et al.*, 1992) les autres conséquences des blessures sont peu connues. À cet égard, les enquêtes sont utiles pour fournir d'autres indicateurs à l'échelle des populations. Depuis une dizaine d'années, plusieurs enquêtes nationales de santé ont inclus le thème des accidents avec blessures, mais ces derniers ne répondent pas à une définition unique et les méthodes de sondage varient, de sorte que les comparaisons entre les enquêtes doivent être établies avec prudence. De même, les enquêtes de santé permettent d'examiner certaines hypothèses, notamment sur la variation du taux de personnes blessées selon certains facteurs de risque rarement disponibles autrement.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 aborde le problème des blessures de diverses façons. La principale section consacrée aux accidents avec blessures est constituée d'une série de questions portant sur les accidents survenus au cours des douze mois ayant précédé l'enquête et qui ont causé des blessures assez graves pour entraîner soit une limitation des activités, soit une consultation médicale ; ces accidents sont déclarés selon le lieu où ils se sont produits. D'autres sections de l'enquête déterminent l'importance des blessures parmi les causes d'incapacité, de limitation d'activités et de recours aux services, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

Alors que l'enquête Santé Québec 1987 traitait des accidents ayant entraîné des blessures assez graves pour limiter les activités normales, la section sur les accidents de la présente enquête inclut également les blessures qui ont entraîné une consultation médicale, qu'il y ait eu ou non limitation d'activités. De plus, la formulation des questions permet une meilleure estimation du nombre de personnes victimes d'accidents ailleurs que sur la route ou au travail. L'information concer-

² Les termes « traumatisme » et « blessure » sont interchangeables dans le texte.

nant les lieux où surviennent les accidents est précieuse pour suivre l'évolution de l'objectif de la Politique de la santé et du bien-être du Québec, qui vise la réduction de la mortalité et de la morbidité par traumatisme selon différents lieux (MSSS, 1992). L'information ainsi obtenue permettra de quantifier l'importance des accidents avec blessures pour les divers organismes concernés, puisqu'au Québec, le lieu détermine celui qui est responsable de l'amélioration des conditions de sécurité : la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour la route ; la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) pour le lieu de travail ; la Régie de la sécurité dans les sports du Québec (RSSQ) pour le lieu de sport et de loisir, les commissions scolaires pour l'école, etc..

Les objectifs du présent chapitre sont d'établir le taux de personnes victimes d'accidents avec blessures et d'illustrer certaines conséquences subies par ces victimes. Le taux sera examiné selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, ainsi que selon les lieux d'accident et la consommation d'alcool. Le taux de victimes d'accidents et les conséquences mesurés en 1992-1993 seront comparés, le cas échéant, avec les données de l'enquête de 1987.

13.1 Aspects méthodologiques

13.1.1 Indicateurs

[Retour à la table des matières](#)

Le taux de personnes victimes d'un accident comprend les personnes qui, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, ont eu un accident causant des blessures assez graves pour les obliger à limiter leurs activités normales (QRI132) ou à consulter un professionnel de la santé (QRI133).

Les questions permettant de préciser le lieu de l'accident sont également tirées du questionnaire rempli par l'interviewer (QRI134 à QRI141). La section V du questionnaire contient aussi une question permettant de calculer le nombre total d'accidents subis par les victimes au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (QRI142), de même que le moment du dernier accident (QRI143). Cette dernière question permet d'estimer le biais dû à la mémoire.

Les conséquences des blessures sont décrites à partir de deux indicateurs. Le premier porte sur le nombre de personnes qui déclarent des limitations du type et de la quantité d'activités qu'elles peuvent faire par suite d'un accident, et cela à long terme (QRI12a, QRI12b, QRI13, QRI20). Le second précise le nombre de personnes qui ont arrêté ou modéré leurs activités au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (QRI8, QRI9). Ces renseignements complètent ceux obtenus d'autres sources concernant les décès et les hospitalisations résultant d'un traumatisme.

13.1.2 Comparabilité avec l'enquête Santé Québec 1987

[Retour à la table des matières](#)

Deux des indicateurs communs à l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, et à l'enquête Santé Québec 1987 posent des problèmes de comparaison. Ainsi, le taux des personnes victimes d'un accident avec blessures au cours des douze mois ayant précédé l'enquête et entraîné une limitation d'activités n'est pas comparable entre les deux enquêtes en raison d'une certaine différence dans la séquence des questions entre le questionnaire de 1987 et celui de 1992-1993. Il en est de même du taux des personnes ayant des limitations à long terme par suite d'un accident, en raison de modifications apportées au questionnaire pour améliorer les renseignements sur la diversité des lieux où surviennent

les accidents avec blessures. Ces améliorations empêchent la comparaison du taux des personnes victimes d'accidents selon le lieu entre 1987 et 1992-1993.

13.1.3 Portée et limites des données

[Retour à la table des matières](#)

Le taux de non-réponse partielle aux questions portant sur les accidents avec blessures est inférieur à 2%. Il en va de même pour les questions portant sur les incapacités au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et sur la limitation des activités, utilisées pour élaborer les indicateurs décrivant les conséquences des accidents avec blessures.

Les questions permettant d'établir l'incidence des accidents avec blessures au cours des douze mois ayant précédé l'enquête sont tirées du questionnaire rempli par l'interviewer, auprès d'une seule personne qui répond pour tous les membres du ménage. Il est concevable que pour les accidents survenus plusieurs mois avant l'entrevue, le répondant ait tendance à se rappeler plus facilement des accidents dont il a lui-même été victime que de ceux subis par les autres membres du ménage. Cette hypothèse a été testée sur les données de la présente enquête, et aucune différence n'a été détectée quant au moment du dernier accident survenu au répondant et aux autres membres du ménage.

L'information concernant les lieux où surviennent les accidents avec blessures provient d'une série de questions demandant si la personne a eu un accident dans l'un ou l'autre des huit lieux énumérés. Seul le lieu de l'accident est précisé, et non le nombre d'accidents pour celui-ci. En conséquence, si une personne est victime de plus d'un accident dans un même lieu, un seul accident est pris en compte. On es-

time à 9% la proportion des accidents qui échappent ainsi à la répartition selon le lieu. Cette estimation est basée sur l'écart entre le nombre total d'accidents déclarés au cours de la période de référence (QRI142) et le nombre de lieux identifiés.

Par ailleurs, le biais de mémoire fait qu'il y aura probablement eu sous-déclaration des blessures légères et télescopage. Le télescopage est le phénomène selon lequel les répondants ont tendance à rapporter des accidents comme s'ils étaient survenus plus récemment qu'en réalité. Cet effet se traduit par une surestimation des indicateurs basés sur une courte période de rappel telle que les deux semaines ayant précédé l'entrevue (Harel *et al.*, 1994).

L'hypothèse quant à la sous-déclaration des blessures légères n'a pu être vérifiée à l'aide des données disponibles. L'effet de télescopage a cependant été vérifié en comparant la répartition dans le temps du dernier accident rapporté par les personnes ayant eu un seul accident avec la répartition attendue, à savoir une répartition uniforme pendant les douze mois que couvre l'enquête. Or, 4% des personnes rapportent avoir subi cet accident moins de huit jours avant l'entrevue, alors que la répartition attendue pour cette période est de 1,9%. Ces résultats laissent croire à un effet de télescopage qui devrait se traduire par la surestimation des indicateurs basés sur la période de rappel des deux semaines ayant précédé l'enquête. Par ailleurs, selon Harel *et al.* (1994), les indicateurs basés sur un rappel des douze mois précédents sont probablement légèrement sous-estimés.

13.2 Résultats

13.2.1 Victimes d'accidents avec blessures

[Retour à la table des matières](#)

Durant l'année qui a précédé l'enquête, environ 570 000 Québécois ont subi des blessures assez graves pour entraîner soit une limitation d'activités, soit une consultation médicale (tableaux 13.1 et A.13.1). Le taux des personnes ainsi blessées (81 pour 1 000) varie en fonction des caractéristiques démographiques et socio-économiques.

Le taux des victimes d'accidents avec blessures est globalement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (96 pour 1000 c. 66 pour 1000). La fréquence plus élevée chez les hommes est présente à chaque groupe d'âge, de 5 à 44 ans. À partir de 65 ans, la tendance est inversée. Les femmes présentent alors un taux d'accidents avec blessures supérieur à celui des hommes, mais la différence entre les hommes et les femmes n'est pas significative (graphique 13.1). Un schéma analogue de surmorbidity masculine jusqu'à 45 ans suivi d'une surmorbidity féminine après 65 ans se retrouve dans les données d'hospitalisation pour traumatismes (Choinière *et al.*, 1993). Par ailleurs, les taux d'hospitalisation pour traumatismes augmentent considérablement à partir de 75 ans, alors que les taux d'accidents avec blessures observés dans la présente enquête paraissent demeurer stables à partir du groupe d'âge de 45-64 ans. Il est possible que cette apparente stabilité soit due à un biais de mémoire plus marqué chez les personnes plus âgées que chez les plus jeunes d'une part, et, d'autre part, à l'exclusion de la population d'enquête des personnes hospitalisées ou vivant en institution par suite d'un traumatisme.

Tableau 13.1

Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et l'âge,
population totale, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	Victimes d'accidents avec blessures	
	Taux pour 1 000	Pe
Hommes		
0-4 ans	51,1*	12 096
5-14 ans	94,6	45 772
15-24 ans	132,4	63 302
25-44 ans	122,4	151 600
45-64 ans	69,0	52 108
65-74 ans	37,1*	7 534
75 ans et plus	35,3**	3 584
Total	96,1	335 996
Femmes		
0-4 ans	41,1*	9 403
5-14 ans	57,7	26 301
15-24 ans	89,8	41 474
25-44 ans	62,2	76 363
45-64 ans	66,6	51 613
65-74 ans	72,7	19 593
75 ans et plus	63,3*	9 615
Total	65,6	234 362
Sexes réunis		
0-4 ans	46,2	21 499
5-14 ans	76,7	72 073
15-24 ans	111,5	104 776
25-44 ans	92,4	227 964
45-64 ans	67,8	103 721
65-74 ans	57,4	27 127
75 ans et plus	52,1*	13 198
Total	80,7	570 358

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Les enfants de 0-4 ans et les personnes de 65 ans et plus se distinguent des personnes des autres groupes d'âge par des taux de victimes d'accidents plus faibles (46 et 55 pour 1000 respectivement), alors que les jeunes de 15-24 ans connaissent un taux remarquablement élevé (112 pour 1 000).

Graphique 13.1

Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et l'âge,
population totale, Québec 1992-1993

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Note Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et entraîné une restriction d'activités ou une consultation médicale.

Pour l'ensemble des groupes d'âge, aucune différence n'est détectée dans les taux des victimes d'accidents avec blessures selon le niveau de revenu, ni pour les hommes, ni pour les femmes (tableau A.13.2).

Cela paraît contredire plusieurs études qui ont constaté des taux de morbidité et surtout de mortalité par traumatisme plus élevés dans les segments de la population ayant les plus faibles revenus (Dougherty *et al.*, 1990 ; Wilkins *et al.*, 1989 ; Wise *et al.*, 1985). L'absence de relation entre le revenu et le taux des personnes qui déclarent avoir été victimes de blessures mérite d'être soulignée. Il est possible que l'âge agisse comme variable confondante, puisque ce sont surtout les jeunes enfants et les personnes plus âgées qui présentent les taux d'accidents avec blessures les plus faibles, alors que les ménages avec de jeunes enfants et ceux avec des personnes de 65 ans et plus sont proportionnellement plus pauvres que les ménages où sont concentrées les personnes des autres groupes d'âge. Cela viendrait masquer une différence réelle entre les personnes de groupes économiques différents.

Pour les personnes de 15 ans et plus, les résultats ne révèlent pas de différence en fonction de la scolarité relative ou de la langue parlée à la maison. Par ailleurs, les personnes appartenant au groupe ethnoculturel majoritaire sont plus souvent victimes d'accidents avec blessures que les personnes appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire (91 pour 1 000 c. 63 pour 1 000).

Pour l'ensemble des groupes d'âge, le nombre moyen d'accidents par personne accidentée s'établit à 1,15 (tableau A.13.3).

Au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, environ 183 000 Québécois auraient subi un accident avec blessures à leur domicile, soit un taux de 26 pour 1 000 (tableau 13.2). Le domicile est le lieu d'accident le plus souvent mentionné et totalise à lui seul 31% de l'ensemble des accidents dont le lieu est précisé (graphique 13.2). Le lieu de travail vient au second rang et représente 25% des accidents avec 146 870 victimes (21 pour 1 000), suivi du lieu de sport et de loisir (19%). Les lieux les moins souvent mentionnés sont les lieux publics, la route et l'école (10%, 9% et 5% respectivement).

Graphique 13.2

Accidents avec blessures selon le lieu, population totale,
Québec 1992-1993

Note Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et entraîné une restriction d'activités ou une consultation médicale. La répartition est basée sur le nombre total de lieux déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu (8,9 % des accidents).

Tableau 13.2

Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et le lieu,
population totale, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Lieu	Victimes d'accidents avec blessures	
	Taux pour 1 000	Pe
Hommes		
Domicile (total)	25,3	88 572
Domicile (intérieur)	13,3	46 680
Domicile (extérieur)	12,2	42 781
Travail	31,6	110 621
Sport et loisir	23,3	81 458
Lieu public	7,3	25 577
Route	7,4	25 895
École	4,7	16 287
Femmes		
Domicile (total)	26,4	94 509
Domicile (intérieur)	16,8	59 926
Domicile (extérieur)	9,7	34 753
Travail	10,1	36 249
Sport et loisir	9,0	32 247
Lieu public	9,4	33 615
Route	7,6	27 350
École	4,1	14 752
Sexes réunis		
Domicile (total)	25,9	183 081
Domicile (intérieur)	15,1	106 606
Domicile (extérieur)	11,0	77 534
Travail	20,8	146 870
Sport et loisir	16,1	113 704
Lieu public	8,4	59 192
Route	7,5	53 244
École	4,4	31 039

Les hommes sont surtout victimes d'accidents au lieu de travail, à domicile et au lieu de sport et de loisir (32,25 et 23 pour 1 000 respectivement). Les femmes, pour leur part, sont surtout victimes de blessures à domicile et plus particulièrement à l'intérieur de celui-ci (26 et 17 pour 1 000 respectivement). Les lieux de travail, publics, et de sport et de loisir comptent sensiblement le même nombre de victimes parmi les femmes (10, 9 et 9 pour 1 000 respectivement).

Beaucoup plus d'hommes que de femmes (32 pour 1 000 c. 10 pour 1 000) sont victimes d'accidents au lieu de travail. On observe également une proportion beaucoup plus grande d'hommes que de femmes victimes d'accidents aux lieux de sport et de loisir (23 pour 1 000 c. 9 pour 1 000). Pour tous les autres lieux, les hommes et les femmes présentent des taux d'accidents avec blessures semblables.

Aux lieux de travail, et de sport et de loisir, les différences entre les taux d'accidents avec blessures des hommes et des femmes sont semblables à celles déjà rapportées dans l'enquête Santé Québec 1987, ainsi que dans l'Enquête sociale générale de 1988 portant sur les accidents au Canada (Millar et Adams, 1991). Le récent sondage sur les blessures subies lors de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec fait également état d'une forte surreprésentation des hommes parmi les victimes de ce type d'accidents (RSSQ-MSSS, 1994). Le degré d'exposition différent des hommes et des femmes au travail et aux lieux de sport et de loisir explique probablement une partie des taux d'accidents avec blessures plus élevés observés chez les hommes dans ces deux milieux.

Plusieurs facteurs ont été suggérés pour expliquer que des accidents avec blessures se produisent. Il est à peu près certain qu'aucun facteur pris isolément n'est responsable d'une importante part de la variation. En plus des facteurs présumés les plus importants, c'est-à-dire le sexe, l'âge et le niveau socio-économique, la consommation d'alcool s'est avérée un facteur de risque de blessures dans de nombreuses études aux méthodes rigoureuses (Rutledge et Messick, 1992 ;

Zedor, 1991 ; Friedman, 1985). On observe ce lien dans la présente enquête (tableau A.13.4). Ainsi, les personnes qui risquent de présenter des problèmes reliés à la consommation d'alcool, que ce risque soit faible ou élevé, ont un taux d'accidents avec blessures supérieur à celui rapporté par les personnes dont le risque est nul (111 et 110 c. 81 par 1 000 respectivement). Cette association n'est pas indépendante du sexe, puisque ces différences sont significatives seulement chez les hommes. Ce lien est aussi évident chez les jeunes de 15- 24 ans et chez les 25-44 ans.

13.2.2 Conséquences des accidents avec blessures

[Retour à la table des matières](#)

Les conséquences des accidents avec blessures sont un peu comme un iceberg dont on n'aperçoit généralement que la pointe supérieure constituée des décès et des hospitalisations. Moins sévères, mais considérablement plus nombreuses, sont les autres conséquences moins spectaculaires des accidents avec blessures.

Les incapacités dues à des blessures ont amené environ 87 000 personnes à arrêter ou modérer leurs activités, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, soit un taux de 12 pour 1 000. Par ailleurs, environ 96 000 personnes sont aux prises avec des limitations à long terme résultant d'un accident et qui limitent leurs activités depuis plus d'une année, ce qui représente un taux de 14 pour 1 000 (tableau 13.3).

Tableau 13.3

Conséquences des accidents avec blessures, population totale,
Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Conséquences	Victimes d'accidents	
	Taux pour 1 000	Pe
Décès par traumatisme (CIM E800-E999) ¹	0,5	3 469 ²
Hospitalisations pour blessures ¹ (CIM E800-E999)	8,5	60 170 ²
Personnes ayant souffert, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, d'une incapacité due à des blessures	12,2	86 561
Personnes avec limitations à long terme	13,5	95 624
Personnes ayant subi, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, une blessure qui a entraîné une consultation médicale	72,2	510 339
Personnes ayant subi, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, une blessure qui a entraîné une limitation d'activités	72,5	512 447
Personnes ayant subi, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, une blessure qui a entraîné soit une limitation d'activités, soit une consultation médicale	80,7	570 358

1 Sources : Décès : MSSS, fichier des décès, 1992.

Hospitalisations : Med-Echo 1991- 1992.

Population (1991) : Recensement canadien (N : 7 104 238).

2 Pour les décès et les hospitalisations, il s'agit des nombres réels.

Durant l'année qui a précédé l'enquête, 510 000 Québécois ont subi une blessure ayant entraîné une consultation médicale (72 pour 1 000), et 512 000 Québécois, une blessure ayant entraîné une limitation d'activités (73 pour 1 000). La combinaison des conséquences que révèlent ces deux indicateurs produit un taux un peu supérieur aux

précédents (81 pour 1 000). Cette légère différence entre les trois indicateurs confirme que, d'une manière générale, la plupart des personnes (79%) souffrant d'une blessure suffisamment grave pour consulter le médecin connaissent également une limitation d'activités, et vice versa (tableau A.13.5).

La comparaison des taux des personnes victimes d'un accident avec blessures ayant entraîné une limitation des activités entre 1987 et 1992-1993 indique une augmentation importante (47 pour 1 000 c. 73 pour 1 000). Cet écart pourrait être attribuable à une différence dans la séquence des questions. En 1987, la section sur les accidents débutait par une question portant sur la mortalité par accident au cours de l'année précédente ; cette entrée en matière pourrait avoir orienté l'attention du répondant vers des blessures graves. En 1992- 1993, par contre, la phrase d'introduction mentionnait les blessures ayant entraîné des consultations médicales en plus de celles ayant occasionné une limitation d'activités, ce qui orientait l'attention du répondant vers des blessures plus légères. En somme, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 ne permet pas de juger de l'évolution des accidents avec blessures depuis 1987, mais elle fournit une information plus complète et précise sur les accidents avec blessures que ne le faisait la première enquête.

Le taux des personnes ayant des limitations à long terme dues à un accident avec blessures a été estimé à 15 pour 1 000 en 1987 et à 14 pour 1 000 en 1992-1993. Compte tenu de la rareté du phénomène et de la précision de chacune des enquêtes, aucune différence ne peut être détectée.

13.3 Conclusions

13.3.1 Synthèse et pistes de recherche

[Retour à la table des matières](#)

L'ampleur des décès par traumatisme au Québec est relativement bien connue. Les conséquences des blessures non mortelles sont cependant plus difficiles à circonscrire. Mises en perspective avec les décès survenus en 1992 au Québec par suite d'un traumatisme, les données de l'Enquête sociale et de santé permettent d'estimer que, pour chaque décès, 160 personnes sont victimes d'accidents avec blessures. Étant donné que les questions ne portaient pas explicitement sur les blessures intentionnelles (attentats, bagarres ou tentatives de suicide), il est probable qu'une partie des personnes ayant subi ce type de blessures ait omis de les inclure, de sorte que les données obtenues sont des seuils minimums. Ainsi, chaque année, au moins 570 000 Québécois subissent des blessures assez graves pour entraîner soit une limitation d'activités, soit une consultation médicale. Le groupe le plus affecté est celui des jeunes hommes de 15 à 24 ans.

Près d'un accident avec blessures sur trois est survenu à domicile, un sur quatre au travail et un sur cinq au lieu de sport et de loisir. Cette répartition des lieux où surviennent les blessures n'entraînant pas de décès permet de distinguer certains lieux ayant peu retenu l'attention jusqu'à maintenant : le domicile et le lieu de sport et de loisir.

Compte tenu de l'objectif de la Politique de la santé et du bien-être qui vise à réduire de 20% la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives et sportives, les résultats de la présente enquête four-

nissent des indicateurs de départ. Pour atteindre ces objectifs et les réductions prévues, il est possible d'établir le taux des personnes ayant un accident avec blessures que l'on devrait constater en 2002. Ainsi, le taux des personnes ayant eu un accident de la route avec blessures devrait passer de 7,5 à 6,0 pour 1 000, celui des personnes ayant eu un accident à domicile, de 25,1 à 20,9 pour 1 000, des personnes ayant eu un accident de travail, de 20,8 à 16,6 pour 1 000 et des personnes ayant eu un accident lors d'activités récréatives ou sportives, de 16,1 à 12,9 pour 1 000. Pour que des indicateurs comparables soient disponibles en 1997 ou au moment de l'examen des tendances, il faudrait s'assurer que la méthode d'enquête utilisée alors n'est pas modifiée et que l'énoncé des questions demeure identique à celui de 1992-1993.

Les résultats de la présente enquête ne sont pas directement comparables avec ceux d'autres enquêtes, chacune utilisant des définitions et des méthodologies qui leur sont propres. Ainsi, l'Enquête sociale générale de 1988 portant sur les accidents au Canada n'incluait que les personnes de 15 ans et plus ; les données étaient recueillies par entrevue téléphonique, et les accidents comprenaient les événements ayant obligé les personnes à interrompre leurs activités normales pendant au moins une demi-journée ou ayant occasionné des dépenses de 200 \$ ou plus (Millar et Adams, 1991). Pour sa part, l'Enquête sociale générale menée en 1993 inclut tous les groupes d'âge et a été réalisée par entrevue téléphonique ; on pourra tenter de faire des comparaisons avec les résultats de la présente enquête à condition de le faire avec prudence, compte tenu des différences, notamment, dans la formulation des questions.

Certains éléments du présent chapitre mériteraient une analyse plus approfondie :

- Qu'est-ce qui explique l'absence de relation observée entre le niveau économique et le taux des personnes ayant eu un accident avec blessures ? Si l'on se fie à la recension des écrits, les personnes très pauvres auraient dû rapporter un nombre plus élevé

d'accidents avec blessures, ce qui ne s'observe pas dans la présente enquête. Les personnes pauvres paraissent toutefois avoir un nombre accru d'accidents au travail, à domicile et dans les lieux publics, alors que les personnes ayant un revenu supérieur paraissent avoir plus d'accidents au lieu de sport et de loisir. Il est possible que la relation entre la morbidité par traumatisme et le niveau économique soit plus complexe que ne le laissait entrevoir les études antérieures. Il serait intéressant de pousser cette réflexion en utilisant des analyses multivariées pour contrôler les variables d'âge et de sexe lorsqu'on étudie le lien entre le revenu et le taux d'accidents.

- Qu'est-ce qui explique que les personnes appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire rapportent des taux d'accidents avec blessures très inférieurs à ceux du groupe majoritaire ? S'agit-il d'une différence de perception, ces personnes interrompant moins facilement leurs activités et consultant moins facilement le médecin que ne le font celles du groupe majoritaire ? S'agit-il d'une différence entre la région de Montréal et le reste du Québec, différence révélée par l'appartenance ethnoculturelle, le groupe minoritaire habitant principalement la région montréalaise ? S'agit-il d'une différence des activités pratiquées, ou d'une plus grande prudence de la part de ceux dont l'implantation culturelle est plus récente ? Il est probable que plusieurs facteurs contribuent à cette faible morbidité par traumatisme chez les Québécois provenant des groupes culturels minoritaires, et qu'une analyse beaucoup plus approfondie devrait être faite.
- Quelles sont les véritables répercussions des accidents avec blessures sur le recours aux services de santé au-delà de l'hospitalisation ? L'enquête fournit des données sur la consultation de professionnels de la santé, traditionnels et non traditionnels, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. L'analyse de ces renseignements pour les personnes qui ont été victimes d'un accident avec blessures pourrait permettre d'estimer une partie des réper-

cussions des accidents avec blessures, qui sont difficilement quantifiables sans les données issues d'enquête de santé générale. Une telle estimation ne peut être réalisée sans tout d'abord établir les limites et le degré de précision des données de l'enquête à cet effet.

13.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

[Retour à la table des matières](#)

Près d'un accident avec blessures sur trois est survenu à domicile. Ces traumatismes ne tombent pas sous la responsabilité d'un organisme gouvernemental particulier tel que la CSST, la SAAQ ou la RSSQ. Malgré les très nombreux organismes concernés par plusieurs types de blessures qui surviennent à domicile (Centre anti-poison du Québec, services d'incendie des municipalités, Association canadienne de normalisation), c'est certainement au ministère de la Santé et des Services sociaux que revient la responsabilité de surveiller et de faire en sorte que le nombre d'accidents qui surviennent à domicile décline. Le fait que plusieurs organismes soient actifs dans la prévention des blessures est un élément positif qui devrait favoriser la réalisation des objectifs de réduction des traumatismes. Toutefois, la multiplicité des partenaires peut être l'occasion pour eux de « se renvoyer la balle » dans les situations difficiles. Le grand nombre de partenaires sera un atout pour autant que le ministère de la Santé et des Services sociaux considère les traumatismes comme un problème de santé dont il est responsable au même titre que le sida, le cancer du sein ou la méningite par exemple (Pless, 1994).

13.4 Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Baker, S.P. ; O'Neill T, B. ; Ginsburg, M.J. ; LI, G. (1992). *The Injury Fact Book*, Second Edition, Oxford University Press, New York, 344 pages.

Choinière, R. ; Robitaille, Y. ; Dorval, D. ; Sauvageau, Y. (1993). *Profil des traumatismes au Québec : Disparités régionales et tendances de la mortalité (1976 à 1990) et des hospitalisations (1981 à 1991 J*, Direction de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 493 pages.

Collins, J.G. (1990). "Types of Injuries by Selected Characteristics", *Vital Health Statistics*, vol. 10, no 175, pages 1-68.

Dougherty, G. ; Pless, B. ; Wilkins, R. (1990). "Social Class and the Occurrence of Traffic Injuries and Deaths in Urban Children", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 81, pages 20~209.

Friedman, I.M. (1985). "Alcohol and Unnatural Deaths in San Francisco Youths", *Pediatrics*, vol. 76, pages 191-193.

Harel, Y. ; Overpeck, M.D. ; Jones, D.H. ; Scheidt, P.C. ; Bijur, P.O. ; Trumble, A.C. ; Anderson, J. (1994). "The effects of Recall on Estimating Annual Nonfatal Injury Rates for Children and Adolescents", *American Journal of Public Health*, vol. 84, pages 599-605.

Millar, W. ; Adams, O. (1991). *Accidents au Canada*, Enquête sociale générale, Série analytique, Statistique Canada, Ottawa, 122 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 pages.

Ministère du loisir, de la chasse et de la pêche (1987). *Étude sur la pratique de l'activité physique par les Québécois - Volume 2*, Québec.

Pless, I.B. (1994). "Editorial : Unintentional Childhood Injury - Where the Buck Should Stop", *American Journal of Public Health*, vol. 84, pages 537-539.

Robertson, L.R. (1983). *Injuries : Causes, Control Strategies and Public Policy*, Lexington Books, Toronto, 219 pages.

Régie de la sécurité dans les sports au Québec ; Ministère de la santé et des services sociaux (1994). *Sondage sur les blessures subies lors de la pratique d'activités récréatives et sportives entre octobre 1992 et septembre 1993*, Trois-Rivières.

Rutledge, R. ; Messick, W.J. (1992). "The Association of Trauma Death and Alcohol Use in a Rural State", *Journal of Trauma*, vol. 33, pages 737-742.

Santé et bien-être social Canada (1988). *Rapport technique : Enquête Promotion Santé Canada*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

Wilkins, R. ; Adams, O. Brancker, A. (1989). "Évaluation de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada, entre 1971 et 1986", *Rapports sur la santé*, vol. 1, no 20, pages 137-174.

Wise, P.H. ; Kotelchuch, M. ; Wilson, M.L. ; Mills, M. (1985). "Racial and Socioeconomic Disparities in Childhood Mortality in Boston", *New England Journal of Medicine*, vol. 313, pages 360-366.

Zedor, P.L. (1991). "Alcohol-Related Relative Risk of Fatal Driver Injuries in Relation to Driver Age and Sex", *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 52, pages 302-310.

Fin du texte