

Analyse en bref

Juin 2010

Facteurs qui influent
sur la santé



Les hospitalisations à la suite d'une blessure et le statut socioéconomique

Les blessures sont une cause courante d'hospitalisation et l'une des principales causes de décès et d'incapacité, et ce, au Canada comme ailleurs dans le monde¹⁻⁴. Chaque année, les blessures sont à l'origine de près d'un décès sur 10 à l'échelle mondiale^{1,3}. Au Canada seulement, environ 14 500 décès, soit 6,4 % de tous les décès, ont été provoqués par des blessures en 2005⁵.

Cependant, le fardeau des lésions corporelles n'est pas réparti de façon égale entre les divers groupes de population et varie particulièrement selon le statut socioéconomique (SSE). Plusieurs mesures, seules ou combinées, servent d'indicateurs du SSE : le revenu, le niveau de scolarité, la résidence, l'emploi et le groupe ethnique. Peu importe la mesure utilisée, les résultats indiquent nettement que les personnes dont le SSE est faible présentent de plus hauts taux de morbidité et de mortalité liés aux blessures que les personnes dont le SSE est élevé^{2,6-9}. Il en est ainsi pour divers types de blessures, y compris les lésions causées par des accidents de circulation impliquant un véhicule à moteur, les lésions auto-infligées, les lésions résultant d'agressions, les empoisonnements et les brûlures, et diverses circonstances dans lesquelles les blessures surviennent, comme à la maison, au travail et dans les déplacements^{2,9}.

Dans le cadre de cette analyse, nous avons utilisé les quintiles de revenu du quartier pour mesurer le SSE. Les quintiles de revenu du quartier répartissent les petites régions géographiques en cinq groupes démographiques à peu près équivalents. Le premier quintile correspond au revenu de quartier le moins élevé et le cinquième, au revenu le plus élevé. (Veuillez consulter l'annexe pour prendre connaissance des notes méthodologiques détaillées.)

Cette analyse a pour but d'étudier la relation entre les hospitalisations à la suite d'une blessure et le SSE au Canada, de mettre en évidence des résultats potentiellement préoccupants à l'échelle nationale et d'inciter les provinces et les territoires à examiner les disparités locales sur le plan des blessures.

Qui sommes-nous?

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

www.icis.ca

Programme de coordination de l'image de marque

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

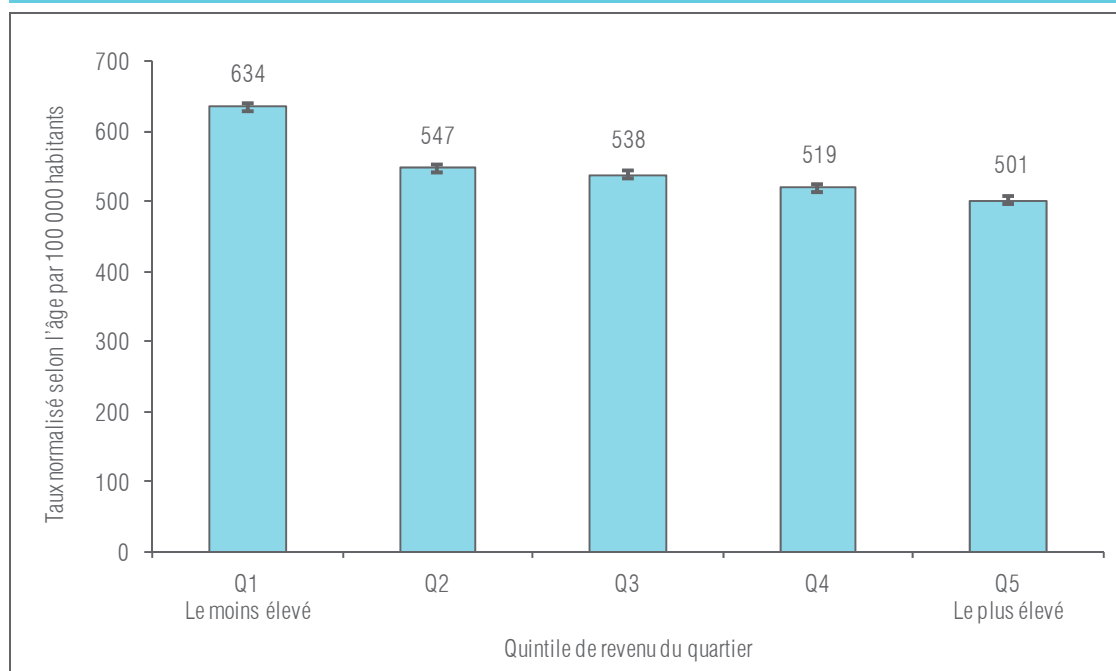
À l'avant-garde de l'information sur la santé

Comment les taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure varient-ils selon le groupe socioéconomique?

En 2008-2009, on compte un peu plus de 205 000 hospitalisations en raison d'une blessure au Canada. Le taux global d'hospitalisation à la suite d'une blessure normalisé selon l'âge est de 534 par 100 000 habitants. Les quartiers les plus défavorisés affichent le taux le plus élevé, soit 634 hospitalisations par 100 000 habitants. Ce taux est environ 1,3 fois plus élevé ($p < 0,05$) que le taux observé chez les personnes vivant dans les quartiers les plus aisés. Bien que le taux diminue toujours à mesure que le revenu baisse, le plus grand écart est observé entre les deux quintiles aux revenus les plus faibles (figure 1). L'importance de ces écarts est telle que si tous les groupes de SSE avaient affiché le même taux que le groupe le mieux nanti, le taux d'hospitalisation national aurait été de 8 % inférieur. Autrement dit, on aurait compté environ 21 000 hospitalisations à la suite d'une blessure de moins au Canada en 2008-2009.

Figure 1

Taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure normalisé selon l'âge, par quintile de revenu du quartier, Canada, 2008-2009



Remarques

La population par quintile de revenu pour 2008-2009 a été estimée à l'aide des données des recensements canadiens de 2001 et de 2006.

Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources

Fichier minimal du Registre national des traumatismes, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; recensement de 2006, Statistique Canada.

Les blessures peuvent être classées en deux grandes catégories : accidentelles et intentionnelles. L'intention permet de déterminer si l'acte à l'origine de la blessure a été posé délibérément ou non¹⁰. La plupart des blessures sont accidentelles. Seule une minorité d'entre elles sont voulues.

Blessures accidentelles et SSE

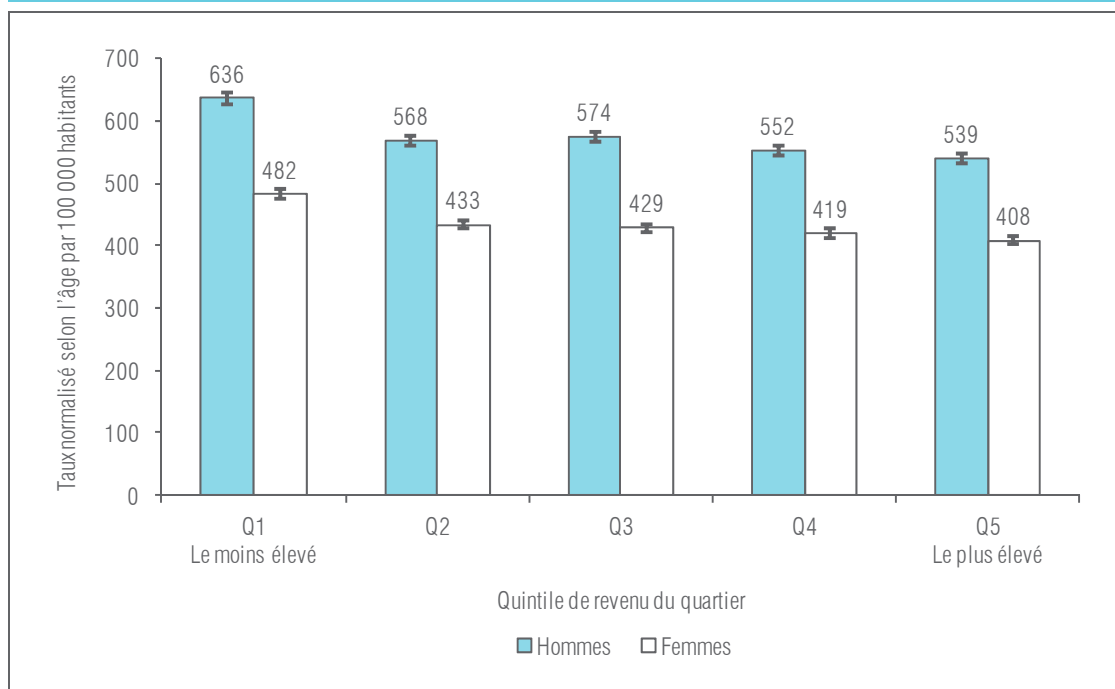
Les hospitalisations à la suite d'une blessure accidentelle, qui représentent 94 % de toutes les hospitalisations à la suite d'une blessure au Canada en 2008-2009, affichent une tendance semblable à celle des hospitalisations, peu importe le type de blessure. Les taux les plus élevés sont observés dans les quartiers les plus défavorisés et les taux les moins élevés, dans les quartiers les plus aisés, et le plus grand écart sépare les deux quintiles de revenus les plus faibles.

Observe-t-on une différence entre les hommes et les femmes?

Bien que le taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure accidentelle soit plus élevé chez les hommes que chez les femmes, la variation selon le SSE reste semblable chez les deux sexes. Chez les hommes et les femmes, le taux d'hospitalisation des personnes habitant dans les quartiers les plus défavorisés est 18 % plus élevé ($p < 0,05$) que le taux d'hospitalisation des personnes des quartiers les plus aisés (figure 2).

Figure 2

Blessures accidentelles : taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge par quintile de revenu du quartier et sexe, Canada, 2008-2009



Remarques

La population par quintile de revenu pour 2008-2009 a été estimée à l'aide des données des recensements canadiens de 2001 et de 2006.

Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources

Fichier minimal du Registre national des traumatismes, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; recensement de 2006, Statistique Canada.

Causes des blessures

Les blessures peuvent également être classées selon leur causeⁱ, comme les chutes, les accidents de circulation impliquant un véhicule à moteur, la noyade ou le feu¹⁰.

Parmi les causes d'hospitalisations à la suite de blessures accidentelles, les chutes et les accidents de circulation impliquant un véhicule à moteur sont les plus fréquentes, suivis des heurts contre ou par un objet et des coupures ou perforations. Les autres causes d'hospitalisations à la suite de blessures, comme la suffocation, la noyade ou le feu, sont plus rares.

Les taux d'hospitalisation à la suite d'une chute, d'un accident de la circulation impliquant un véhicule à moteur et de blessures par coupure ou perforation — qui sont principalement causées par des outils électriques portatifs, des appareils ménagers ou d'autres objets tranchants ou pointus — sont plus élevés dans les quartiers les plus défavorisés et moins élevés dans les quartiers les plus aisés. Par contre, le taux d'hospitalisation à la suite de blessures provoquées par un heurt contre ou par un objet — principalement des blessures sportives — est légèrement supérieur dans les quartiers les plus aisés (tableau 1), ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les gens des quartiers les plus nantis s'adonnent davantage à des activités sportives ou de loisir^{7, 11-13}.

Tableau 1

Blessures accidentelles : taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge par cause de blessure et quintile de revenu du quartier, Canada, 2008-2009

Cause de blessure	Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants et intervalle de confiance de 95 %				
	1 ^{er} quintile (le moins élevé)	2 ^e quintile	3 ^e quintile	4 ^e quintile	5 ^e quintile (le plus élevé)
Chute	339 (335-343)	300 (296-304)	299 (295-303)	287 (283-291)	283 (280-287)
Accidents de la circulation impliquant un véhicule à moteur	60 (58-62)	54 (53-56)	54 (52-56)	51 (49-53)	47 (45-48)
Heurt contre ou par un objet	25 (24-26)	24 (23-25)	26 (24-27)	25 (24-27)	29 (28-31)
Coupure ou perforation	12 (11-13)	10 (9-11)	10 (9-10)	9 (8-9)	7 (6-8)
Autres	128 (125-131)	118 (116-121)	119 (116-122)	118 (115-121)	110 (108-113)
Total des blessures accidentelles	564 (559-570)	507 (501-512)	507 (501-512)	490 (485-496)	476 (471-482)

Remarques

« Heurt contre ou par un objet » représente principalement des blessures sportives.

« Coupure ou perforation » représente principalement des blessures causées par des outils électriques portatifs ou des appareils ménagers, du verre ou d'autres objets tranchants ou pointus.

La population par quintile de revenu pour 2008-2009 a été estimée à l'aide des données des recensements canadiens de 2001 et de 2006.

Sources

Fichier minimal du Registre national des traumatismes, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; recensement de 2006, Statistique Canada.

Chutes : cause la plus commune des hospitalisations à la suite d'une blessure

Les chutes sont la cause la plus commune d'hospitalisation à la suite d'une blessure au Canada. En 2008-2009, elles ont été à l'origine de 60,6 % de toutes les hospitalisations à la suite d'une blessure et de 64,3 % des hospitalisations à la suite d'une blessure accidentelle.

i. Les hospitalisations à la suite d'un empoisonnement ou d'autres blessures non traumatiques ne sont pas incluses.

Chutes, âge et SSE

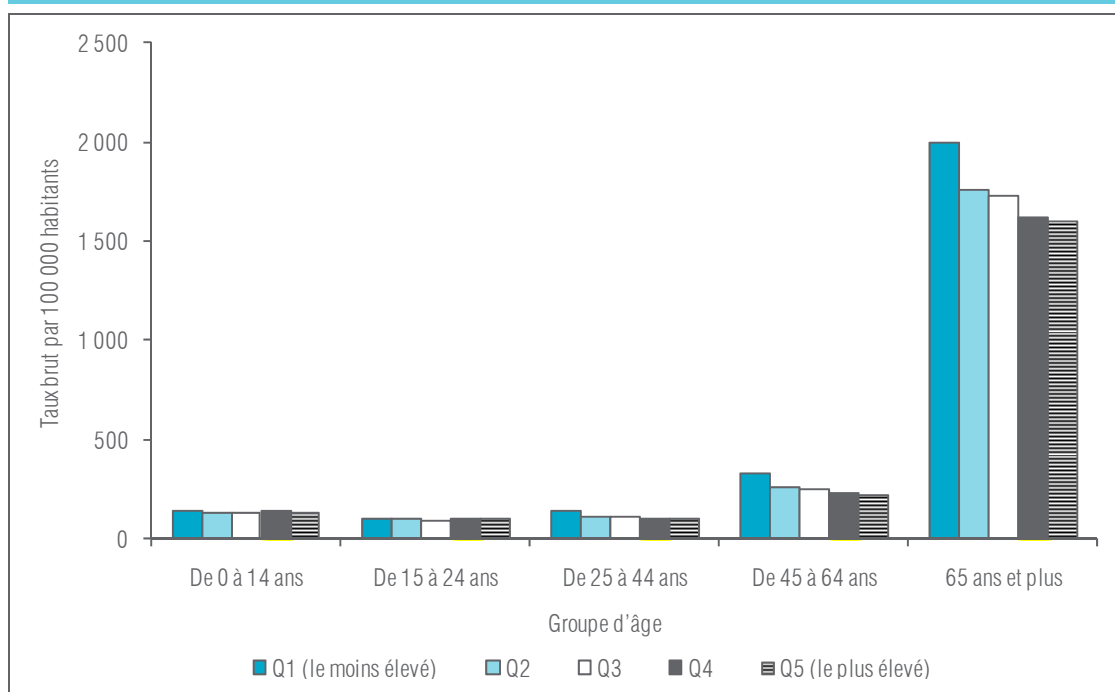
L'âge et le SSE influencent-ils le taux d'hospitalisation à la suite d'une chute? Chez les personnes de 24 ans et moins, le SSE n'a aucune influence. Le taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure accidentelle chez les enfants (de 0 à 14 ans) et les jeunes (de 15 à 24 ans) ne varie pas de manière significative d'un quintile de revenu du quartier à l'autre (figure 3).

Toutefois, chez les jeunes adultes (de 25 à 44 ans), les adultes plus âgés (de 45 à 64 ans) et les personnes âgées (de 65 ans et plus), le taux d'hospitalisation à la suite d'une chute varie selon le SSE, et le taux plus élevé est observé dans les quartiers les plus défavorisés. Le plus grand écart est remarqué chez les adultes de 45 à 64 ans, dont le taux d'hospitalisation à la suite d'une chute dans les quartiers les plus défavorisés est 1,5 fois plus élevé ($p < 0,05$) que le taux d'hospitalisation pour la même cause dans les quartiers les plus riches.

Chez les personnes âgées, le taux d'hospitalisation à la suite d'une chute est 1,2 fois plus élevé ($p < 0,05$) dans les quartiers les plus défavorisés que dans les quartiers les plus aisés. Le plus grand écart est observé entre les deux premiers quintiles de revenu (revenus les moins élevés). L'écart relatif entre les groupes de revenu est moins grand chez les personnes âgées que chez les autres groupes. Toutefois, le plus grand écart entre les taux selon le groupe d'âge est observé chez les personnes âgées parce que celles-ci présentent le taux d'hospitalisation à la suite d'une chute accidentelle le plus élevé (1 714 par 100 000 habitants). On peut en déduire que c'est chez ce groupe d'âge qu'il serait le plus profitable de mettre en place des mesures visant à prévenir les hospitalisations à la suite d'une chute et à réduire les disparités.

Figure 3

Chutes accidentelles : taux d'hospitalisation selon le groupe d'âge et le quintile de revenu du quartier, Canada, 2008-2009



Remarque

La population par quintile de revenu pour 2008-2009 a été estimée à l'aide des données des recensements canadiens de 2001 et de 2006.

Sources

Fichier minimal du Registre national des traumatismes, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; recensement de 2006, Statistique Canada.

Blessures à la suite d'un accident de la circulation impliquant un véhicule à moteur : deuxième cause la plus commune d'hospitalisation à la suite d'une blessure

Les blessures causées par un accident impliquant un véhicule à moteur sont à l'origine d'environ le quart du nombre total de décès à la suite d'une blessure à l'échelle mondiale¹. Au Canada seulement, environ 3 000 décès ont été causés par un accident impliquant un véhicule à moteur (21 % de tous les décès à la suite d'une blessure) en 2005⁵. En fait, on prédit que ce type de blessure constituera la deuxième cause de perte d'années potentielles de vie en raison du décès et la troisième cause de perte d'années de vie en raison de l'invalidité en 2020¹⁴.

Au Canada, en 2008-2009, les hospitalisations à la suite d'une blessure causée par un accident de la circulation impliquant un véhicule à moteur représentent 8,6 % de l'ensemble des hospitalisations à la suite d'une blessure et 9,2 % des hospitalisations à la suite d'une blessure accidentelle.

Le taux d'hospitalisation le plus élevé à la suite d'un accident de la circulation impliquant un véhicule à moteur est observé dans les quartiers les moins aisés. Le taux diminue à mesure que le revenu du quartier augmente (tableau 2). Cette tendance s'applique à la plupart des blessures causées par un accident de la circulation impliquant un véhicule à moteur, dont celles chez les conducteurs ou les passagers, les piétons et les cyclistes, mais pas chez les motocyclistes. Par exemple, le taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure causée par un accident de la circulation impliquant un véhicule à moteur et un piéton est plus de deux fois plus élevé dans les quartiers les plus défavorisés (11 par 100 000 habitants) que dans les quartiers les plus riches (4 par 100 000 habitants). Le taux de blessure causée par un accident de la circulation impliquant un véhicule à moteur, global ou par type de blessure, est plus élevé chez les hommes.

Tableau 2

Blessures causées par un accident de la circulation impliquant un véhicule à moteur : taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge, par quintile de revenu du quartier, Canada, 2008-2009

Type de blessure	Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants et intervalle de confiance de 95 %				
	1 ^{er} quintile (le moins élevé)	2 ^e quintile	3 ^e quintile	4 ^e quintile	5 ^e quintile (le plus élevé)
Occupant de tout type de véhicule (conducteur ou passagers)*	38 (37-40)	35 (34-37)	36 (34-37)	34 (33-36)	32 (30-33)
Piéton blessé dans une collision avec un véhicule à moteur	11 (10-11)	8 (7-8)	7 (6-7)	6 (5-6)	4 (4-5)
Motocycliste	6 (6-7)	8 (7-9)	8 (7-9)	8 (8-9)	8 (7-8)
Cycliste blessé dans une collision avec un véhicule à moteur	3 (3-4)	2 (2-3)	2 (2-2)	1 (1-2)	2 (1-2)
Non précisé ou autre	2 (2-2)	1 (1-1)	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-1)
Total des blessures causées par un accident de la circulation impliquant un véhicule à moteur	60 (58-62)	54 (53-56)	54 (52-56)	51 (49-53)	47 (45-48)

Remarques

* Occupant de tout type de véhicule : automobile, camion, autobus, etc.

La population par quintile de revenu pour 2008-2009 a été estimée à l'aide des données des recensements canadiens de 2001 et de 2006.

Sources

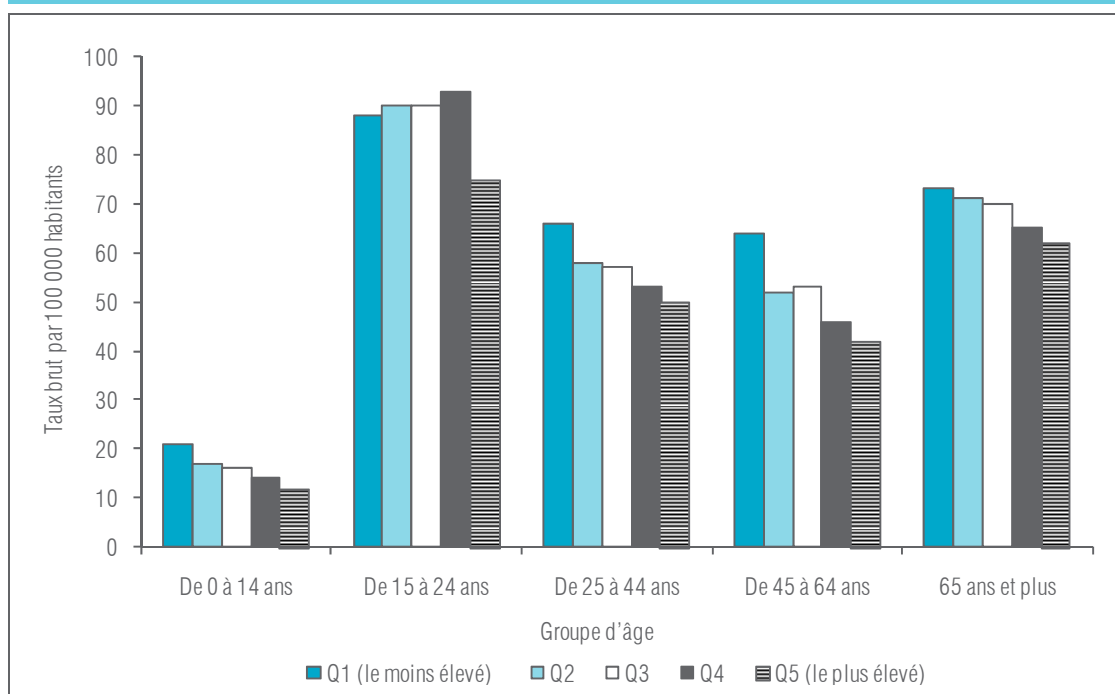
Fichier minimal du Registre national des traumatismes, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; recensement de 2006, Statistique Canada.

L'âge exerce-t-il une influence?

L'analyse des taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure causée par un accident de la circulation impliquant un véhicule à moteur révèle que dans tous les groupes d'âge (sauf celui des 15 à 24 ans), le taux le moins élevé est observé dans les quartiers les plus aisés et le taux le plus élevé, dans les quartiers les plus défavorisés. La variation selon le SSE est plus marquée chez les enfants, les adultes de 25 à 44 ans et les adultes plus âgés de 45 à 64 ans (figure 4).

Figure 4

Blessures à la suite d'un accident de la circulation impliquant un véhicule à moteur : taux d'hospitalisation selon le groupe d'âge et le quintile de revenu du quartier, Canada, 2008-2009



Remarque

La population par quintile de revenu pour 2008-2009 a été estimée à l'aide des données des recensements canadiens de 2001 et de 2006.

Sources

Fichier minimal du Registre national des traumatismes, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; recensement de 2006, Statistique Canada.

Blessures intentionnelles et SSE

Comme nous l'avons mentionné, la plupart des blessures sont accidentelles; les blessures intentionnelles représentent une minorité de blessures au Canada. Parmi les causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure intentionnelle, l'agression est la plus fréquente, suivie du suicide. Les études précédentes révélaient que le risque d'agression était nettement plus élevé chez les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés¹⁵.

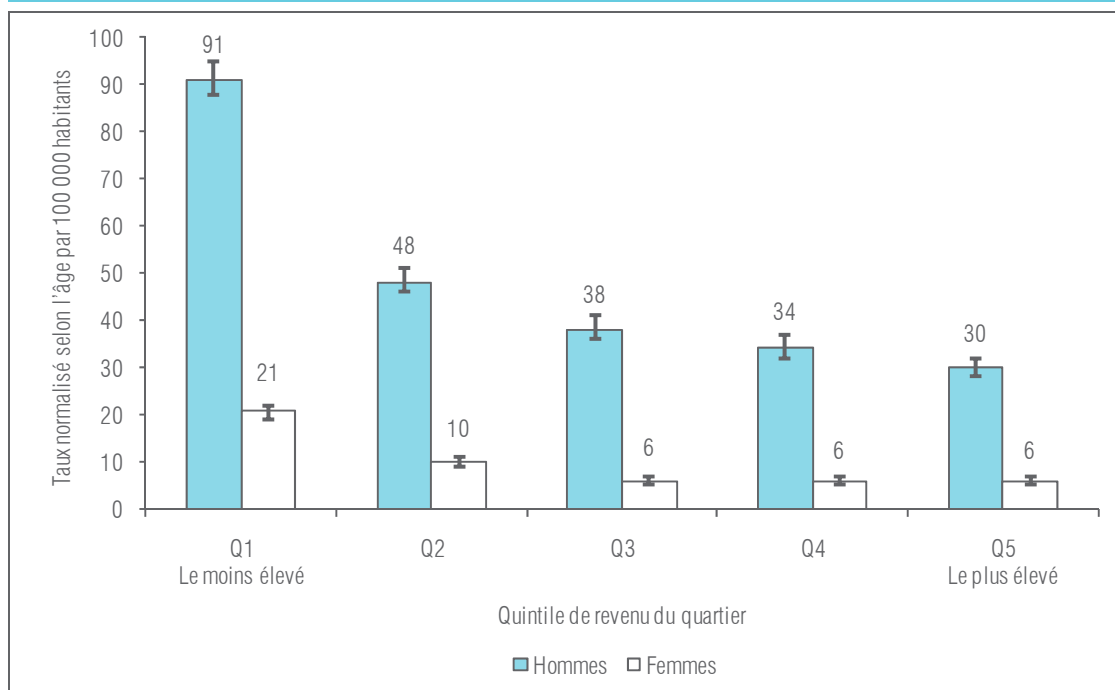
En 2008-2009, les hospitalisations à la suite d'une blessure découlant d'une agression représentent 4,4 % de l'ensemble des hospitalisations à la suite d'une blessure au Canada. Le taux le plus bas est observé dans les quartiers les plus riches (18 par 100 000 habitants). Le taux est trois fois plus important dans les quartiers les plus défavorisés (56 par 100 000 habitants).

Observe-t-on une différence entre les hommes et les femmes?

Globalement, le taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure causée par une agression est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cependant, chez les hommes comme chez les femmes, le taux d'hospitalisation le plus élevé est observé dans les quartiers les plus défavorisés. Même si le taux diminue plus le revenu augmente, l'écart le plus important est observé entre les deux premiers quintiles de revenu du quartier, soit les quartiers dont les revenus sont les moins élevés (figure 5).

Figure 5

Blessures causées par une agression : taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge, par quintile de revenu du quartier et sexe, Canada, 2008-2009



Remarques

La population par quintile de revenu pour 2008-2009 a été estimée à l'aide des données des recensements canadiens de 2001 et de 2006.

Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources

Fichier minimal du Registre national des traumatismes, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; recensement de 2006, Statistique Canada.

Mot de la fin

Cette analyse démontre que les hospitalisations à la suite d'une blessure — accidentelle ou intentionnelle — sont invariablement en corrélation avec le SSE. Autrement dit, plus le revenu est faible dans un quartier, plus le taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure y est élevé.

Cette révélation est importante parce que de nombreuses stratégies de prévention se sont montrées efficaces pour réduire la fréquence des blessures^{9, 16}, notamment des stratégies éducationnelles ciblées, comme des programmes communautaires et d'éducation à domicile. En outre, la loi, les règlements et le renforcement des pratiques — comme le port du casque et des ceintures de sécurité, le bannissement des trotte-bébé et la diminution de la consommation ou la non-consommation d'alcool par le conducteur — ont permis de réduire efficacement le nombre de blessures^{4, 9}.

À ce jour, nous ne savons cependant pas si ces stratégies sont également efficaces pour réduire les écarts^{4, 17}. Une compréhension approfondie de la façon dont les caractéristiques socioéconomiques sont liées aux hospitalisations à la suite d'une blessure pourrait aider les responsables de l'élaboration des politiques, les législateurs, les chercheurs, les professionnels de la santé ainsi que les partenaires communautaires à définir les secteurs pouvant bénéficier d'une amélioration, ce qui pourrait, par la suite, mener à l'élaboration d'interventions ciblant précisément des groupes de population à risque. Cette analyse pourrait également servir de base permettant d'évaluer si les disparités entre les groupes socioéconomiques diminuent au fil du temps et, ainsi, de mesurer les améliorations et les réussites.

Annexe : Notes méthodologiques

Définir le taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure

Définition

Taux d'hospitalisation en soins de courte durée à la suite d'une blessure résultant du transfert d'énergie (exclut les intoxications et d'autres blessures non traumatiques) normalisé selon l'âge par 100 000 habitants.

Méthode de calcul

(Nombre total d'hospitalisations à la suite d'une blessure / population totale à la mi-année) x 100 000 (normalisé selon l'âge)

Les blessures sont identifiées par l'un ou l'autre des codes de cause extérieure de traumatisme suivants accompagné d'un type de diagnostic « 9 » :

CIM-10-CA

De V01 à V06, de V09 à V99, de W00 à W45, W46, de W49 à W60, de W64 à W70, de W73 à W77, W81, de W83 à W94, W99, de X00 à X06, de X08 à X19, de X30 à X39, X50, X52, X58, X59, de X70 à X84, X86, de X91 à X99, de Y00 à Y05, de Y07 à Y09 et de Y20 à Y36.

Sources

Fichier minimal du Registre national des traumatismes, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

La population par quintile de revenu pour 2008-2009 a été estimée à l'aide des données des recensements canadiens de 2001 et de 2006.

Les hospitalisations à la suite d'une blessure ont été classées selon la méthodologie de groupement du National Center for Health Statistics des États-Unis¹⁰.

Définir le quintile de revenu du quartier

Classement des patients selon le quintile de revenu du quartier

Chaque patient a été classé dans un quintile de revenu du quartier à partir du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) de Statistique Canada¹⁸. Ce système automatisé met en lien les codes postaux à six caractères et les régions géographiques normalisées du recensement canadien (comme les aires de diffusion, les secteurs de recensement et les subdivisions de recensement). En établissant le lien entre les codes postaux et l'unité géographique de recensement, le fichier facilite l'extraction de l'information pertinente du recensement (p. ex. le revenu) pour chaque unité géographique.

L'aire de diffusion (AD) constitue la plus petite unité géographique qu'il est possible d'analyser dans le recensement du Canada; elle se compose de 400 à 700 habitants¹⁹. Le FCCP+ (version 5E)²⁰ a servi à mettre en correspondance le code postal du lieu de résidence du patient au moment de l'hospitalisation avec l'AD du recensement de 2006. De plus, le quintile de revenu de quartier de cette AD a été attribué au patient.

Dans le FCCP+, lorsque des codes postaux correspondent à plus d'une AD (14 % de tous les codes postaux), l'attribution probabiliste à une AD est effectuée en fonction de la taille de la population. Ainsi, le même code postal peut être mappé à une AD différente si le programme est exécuté plus d'une fois. Afin de nous assurer que le même patient avec le même code postal est toujours classé sous la même AD, chaque combinaison unique d'un numéro d'assurance-maladie encodé, d'une date de naissance et d'un code postal a été attribuée à la même AD.

Établissement des quintiles de revenu pour les aires de diffusion

Les quintiles de revenu de quartier du FCCP+ ont été constitués selon les méthodes conçues par Statistique Canada²¹, lesquelles sont brièvement décrites ci-dessous.

Les quintiles de revenu du quartier reposent sur l'équivalent du revenu moyen d'une seule personne dans une AD obtenu à partir du recensement de 2006. Cette mesure utilise la pondération d'une personne implicite dans le seuil de faible revenu de Statistique Canada pour dériver les multiplicateurs de l'équivalent d'une personne seule pour la taille de chaque ménage²⁰. Par exemple, le multiplicateur 1,0 a été attribué à un ménage composé d'une seule personne, tandis que le multiplicateur 1,24 a été attribué à un ménage de deux personnes et le multiplicateur 1,53, à un ménage de trois personnes. L'équivalent du revenu moyen d'une personne seule pour chaque AD a été obtenu au moyen de la division du revenu total de l'AD par le nombre total d'équivalents d'une personne seule. Le quintile de revenu des AD où la population à domicile est inférieure à 250 a été calculé en fonction des AD avoisinantes (dans la mesure du possible), car les données du recensement sur le revenu de ces AD ont été supprimées.

Par la suite, les quintiles de population par revenu de quartier ont été constitués séparément pour chaque région métropolitaine de recensement (RMR), agglomération de recensement (AR) ou région résiduelle de chaque province. Les AD de chacune de ces régions ont été classées du revenu moyen le plus faible par équivalent d'une personne seule au revenu le plus élevé et réparties en cinq groupes, chacun contenant environ un cinquième du total de la population hors établissement de chaque région. Les données sur les quintiles ont ensuite été regroupées à l'échelle des régions. Des quintiles ont été constitués pour chaque région avant leur regroupement à l'échelle nationale ou provinciale afin que soit réduite au minimum l'incidence potentielle des différences dans le revenu, le logement et les autres coûts de la vie d'une région à l'autre au pays.

Limites

Les quintiles de revenu de quartier dérivés de la mise en correspondance des codes postaux au recensement sont moins précis dans les régions rurales, car les codes postaux de ces régions couvrent des unités géographiques plus vastes. De plus, comme les données sur le revenu du Recensement du Canada de 2006 ne comprennent que les résidents hors établissements, cette mesure exclut les personnes qui vivent dans les établissements de soins de longue durée. Un petit nombre de personnes hospitalisées à la suite d'une blessure (1,6 %) n'a pas pu être classé dans un quintile de revenu du quartier. Ce groupe comprend les enregistrements où le revenu n'est pas disponible et ceux où il manque des renseignements sur le lieu de résidence.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport.

Il souhaite remercier tout particulièrement les experts suivants pour leurs judicieux conseils dans le cadre de l'élaboration du rapport : D^r Cordell Neudorf, médecin hygiéniste en chef, Saskatoon Health Region; M^{me} Jean Harvey, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), ICIS; D^r John Millar, directeur exécutif, Population Health, Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique; M. Michael Wolfson, Ph. D., titulaire d'une chaire de recherche du Canada, modélisation de la santé de la population et populomique, Faculté de médecine, Université d'Ottawa; M^{me} Nancy Ross, Ph. D., professeure agrégée, Université McGill, Montréal, Québec; D^r Trevor Hancock, conseiller en santé publique et en santé de la population, ministère de la Vie saine et du Sport de la Colombie-Britannique.

Il importe de souligner que les analyses et les conclusions présentées dans le rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des experts ni des organismes auxquels ils sont associés.

L'équipe de l'ICIS responsable de l'élaboration de ce rapport comprend : M. Jean-Marie Berthelot, M^{me} Indra Pulcins, Ph. D., D^r Eugene Wen, D^{re} Yana Gurevich, D^{re} Zeerak Chaudhary, D^{re} Yanyan Gong, D^{re} Geta Cernat, D^{re} Yue You, M. Jun Liang, M. Jeremy Herring, M^{me} Chantal Couris, Ph. D., M^{me} Carolyn Sandoval, M^{me} Jeanette Tyas, M. Dragos Daniel Capan, D^{re} Ling Yin, M^{me} Annette Marcuzzi, D^{re} Liudmila Husak, M^{me} Anisha Abreo.

Cette analyse est le fruit d'une collaboration entre la Division des indicateurs de santé et la Division des registres cliniques. Nous souhaitons notamment exprimer notre reconnaissance à Claire Marie Fortin, Ali Moses McKeag et Jessica Dennis pour leur contribution. Nous souhaitons également remercier Russell Wilkins de Statistique Canada pour ses précieux conseils sur la méthodologie relative au quintile de revenu du quartier.

Le présent rapport n'aurait pu être produit sans l'aide et l'appui généreux de Megan Mueller et de nombreux autres employés de l'ICIS, qui ont compilé et validé les données, travaillé à la conception graphique et Web, à la traduction, aux communications, et qui ont apporté un soutien constant à l'équipe principale.

Références

1. K. Hofman et coll., « Addressing the Growing Burden of Trauma and Injury in Low- and Middle-Income Countries », *American Journal of Public Health*, vol. 95, n° 1 (2005), p. 13-17.
2. L. Laflamme et coll., *Socioeconomic Differences in Injury Risks: A Review of Findings and a Discussion of Potential Countermeasures*, Copenhague (Danemark), Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, 2009.
3. M. Peden et coll., *The Injury Chart Book: A Graphical Overview of the Global Burden of Injuries*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2002.
4. Statistique Canada, *Leading Causes of Death in Canada—2005 [Les principales causes de décès au Canada — 2005]*, dernière modification en 2008. Consulté le 16 mars 2010. Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/2009000/tbl/t001-eng.pdf>>.
5. Statistique Canada, *Mortality, Summary List of Causes 2005 [Mortalité : liste sommaire des causes 2005]*, dernière modification en 2005. Consulté le 16 mars 2010. Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0209x/84f0209x2005000-eng.htm>>.

6. Institut canadien d'information sur la santé, *Reducing Gaps in Health: A Focus on Socio-Economic Status in Urban Canada [Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
7. T. Faelker et coll., « Socioeconomic Differences in Childhood Injury: A Population Based Epidemiologic Study in Ontario, Canada », *Injury Prevention*, vol. 6, n° 3 (2000), p. 203-208.
8. C. S. Birken et C. Macarthur, « Socioeconomic Status and Injury Risk in Children », *Paediatrics and Child Health*, vol. 9, n° 5 (2004), p. 323-325.
9. L. Laflamme et coll., *Addressing the Socioeconomic Safety Divide: A Policy Briefing*, Copenhague (Danemark), Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, 2009.
10. G. Bergen et coll., *Injury in the United States: 2007 Chartbook*, Hyattsville (Maryland), National Center for Health Statistics, 2008.
11. C. Cubbin et G. Smith, *Socioeconomic Inequities in Injury: Critical Issues in Design and Analysis*, Edmonton (Alb.), Alberta Centre for Injury Control & Research, 2002, p. 349-375.
12. S. J. Gilbride et coll., « Socio-Economic Status and Types of Childhood Injury in Alberta: A Population Based Study », *BMC Pediatrics*, vol. 6, n° 30 (2006), p. 30.
13. Injury Examiner, *Socioeconomic Status and Injury*, Edmonton (Alb.), Alberta Centre for Injury Control and Research, 2006, p. 1-4.
14. C. J. Murray et A. D. Lopez, « Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study », *Lancet*, vol. 24, n° 349 (1997), p. 1498-1504.
15. C. Cubbin et coll., « Socioeconomic Status and Injury Mortality: Individual and Neighbourhood Determinants », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 54, n° 7 (2000), p. 517-524.
16. S. Newton et J. Young, *Child & Youth Unintentional Injury in Atlantic Canada: 10 Years in Review [Blessures accidentelles chez les enfants et les adolescents des provinces de l'Atlantique : étude des dix dernières années]*, Toronto (Ont.), SécuritéJeunes Canada, 2009.
17. E. Towner et coll., *Injuries in Children Aged 0–14 Years and Inequalities*, Londres (Royaume-Uni), Health Development Agency, 2005.
18. Statistique Canada, *Postal Code Conversion File Plus (PCCF+) [Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+)]*. Consulté le 16 mars 2010. Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?lang=eng&catno=82F0086X>> .
19. Statistique Canada, *2006 Census Dictionary [Dictionnaire du recensement de 2006]*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2007, n° 92-566-XWE au catalogue.
20. R. Wilkins, *PCCF+ Version 5E User's Guide. Automated Geographic Coding Based on the Statistics Canada Postal Code Conversion Files, Including Postal Codes Through March 2009 [FCCP+ version 5E — guide de l'utilisateur. Logiciel de codage géographique basé sur les fichiers de conversion des codes postaux de Statistique Canada, mises à jour en mars 2009]*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, Division de l'analyse de la santé, 2009, n° 82F0086-XDB au catalogue.
21. R. Wilkins et coll., « Trends in Mortality by Neighbourhood Income in Urban Canada From 1971 to 1996 », *Health Reports* [« Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada, 1971-1996 », *Rapports sur la santé*], vol. 13, suppl. (2002), p. 1-27.