

---

# Mortalité et morbidité liées aux incendies, aux brûlures et aux empoisonnements au monoxyde de carbone chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011



par Mohan B. Kumar, Centre de la statistique et des partenariats autochtones, Statistique Canada  
1<sup>er</sup> mars 2021

---

# Mortalité et morbidité liées aux incendies, aux brûlures et aux empoisonnements au monoxyde de carbone chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011

Par Mohan B. Kumar, Centre de la statistique et des partenariats autochtones, Statistique Canada

## Remerciements

Le rapport a été préparé pour le Conseil national autochtone de la sécurité-incendie (CNASI) et parrainé par celui-ci. Nous sommes reconnaissants de l'expertise mise à notre disposition et de la contribution, pendant l'élaboration du projet ou l'examen des résultats préliminaires, du conseil d'administration; de Blaine Wiggins, directeur général; de Len Garis, directeur de la recherche du CNASI; de John Langen, gestionnaire de projet; du docteur Ian Pike, professeur au département de pédiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique et directeur de la BC Injury Research and Prevention Unit (BCIRPU); de la BCIRPU; de Catherine Smith, étudiante au doctorat à la School of Nursing de l'Université de la Colombie-Britannique; et de Patricia Wood, spécialiste principale de la classification de la mortalité au Centre de données sur la santé de la population de Statistique Canada.

## Aperçu de l'étude

Il a déjà été démontré que la mortalité et la morbidité liées aux incendies sont beaucoup plus élevées chez les Autochtones au Canada. Cependant, plusieurs lacunes subsistent dans la littérature. Dans le présent rapport, les taux de mortalité et d'hospitalisation normalisés selon l'âge liées aux incendies, aux brûlures et aux empoisonnements au monoxyde de carbone (CO) chez les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits sont examinés et ils sont comparés aux taux chez les non-Autochtones faisant partie d'un ménage privé.

- Chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits, les taux de mortalité liée aux incendies étaient respectivement de 1,6, de 0,6 et de 5,3 décès par 100 000 années-personnes à risque. En comparaison, ce taux était de 0,3 par 100 000 années-personnes à risque chez les non-Autochtones.
- Les taux d'hospitalisation pour des blessures liées aux incendies étaient de 7,5, de 2,8 et de 8,8 hospitalisations par 100 000 années-personnes à risque. Le taux chez les non-Autochtones était de 1,7 par 100 000 années-personnes à risque.
- Chez les Premières Nations et les non-Autochtones, les taux de mortalité pour les brûlures étaient respectivement de 1,0 et de 0,2 décès par 100 000 années-personnes à risque.
- Les taux d'hospitalisation pour les brûlures étaient de 13,9, 5,0 et 13,5 hospitalisations pour 100 000 années-personnes à risque. Le taux chez les non-Autochtones était de 4,3 par 100 000 années-personnes à risque.
- Chez les Premières Nations, les Métis et les non-Autochtones, les taux de mortalité pour les empoisonnements au CO étaient respectivement de 0,5, de 0,7 et de 0,6 décès par 100 000 années-personnes à risque.
- L'étude révèle que des disparités persistent entre les Premières Nations, les Métis, les Inuits et les non-Autochtones. Des facteurs, qui ne sont pas étudiés dans le cadre de cette étude, comme des logements inadéquats, l'absence de détecteurs de fumée, le sous-financement des services d'incendie des communautés autochtones, la pauvreté, et l'absence de lois prescrivant le respect des codes du bâtiment et de prévention des incendies dans les réserves, doivent être pris en compte pour interpréter les disparités en matière de mortalité et de morbidité.

## Introduction

Il a déjà été démontré que la mortalité liée aux incendies est beaucoup plus élevée chez les Premières Nations que chez les non-Autochtones<sup>1</sup>. Par exemple, le taux de mortalité liée aux incendies chez les Indiens inscrits de la Colombie-Britannique était neuf fois plus élevé que celui de la population générale de cette province. Ce phénomène a été observé pour toutes les années de 1991 à 2001. Les taux pour cette population étaient particulièrement élevés chez les enfants et les personnes de 65 ans ou plus.

De 2007 à 2011, chez tous les Autochtones de la Colombie-Britannique, le taux de mortalité causée par des incendies de résidence était quatre fois plus élevé que celui des non-Autochtones<sup>2</sup>. De plus, les Autochtones qui sont décédés en raison d'incendies avaient 20 ans de moins que les non-Autochtones à qui cela est arrivé et, parmi eux, 4 personnes sur 10 sont mortes dans des incendies s'étant produits dans les réserves des Premières Nations. Dans l'ensemble du Canada, le taux de mortalité liée aux incendies des communautés des Premières Nations est 10,4 fois plus élevé que celui de l'ensemble du Canada selon les estimations<sup>3</sup>.

La morbidité liée aux incendies, mesurée avec le taux d'hospitalisation pour des personnes qui reçoivent des soins de courte durée en raison de blessures liées à des brûlures, s'est révélée être plus élevée dans les régions comptant un pourcentage élevé de membres des Premières Nations et de Métis que dans les régions où le pourcentage d'Autochtones est faible<sup>4,5</sup>. Chez les enfants de moins de 10 ans, le taux d'hospitalisation liée aux incendies était plus élevé dans les régions comptant un haut pourcentage de membres des Premières Nations et de Métis<sup>3,5</sup>. Les taux étaient également élevés chez les jeunes (de 10 à 19 ans) dans les régions où le pourcentage de membres des Premières Nations est élevé. De même, des taux élevés ont été observés chez les femmes et les hommes adultes dans les régions où la proportion de membres des Premières Nations, de Métis et d'Inuits est haute<sup>4</sup>. Toutefois, comme ces études ont été réalisées en suivant une approche écologique, les résultats pourraient ne pas être représentatifs des Premières Nations, des Métis et des Inuits de l'ensemble du Canada<sup>4</sup>.

De nombreux facteurs contribuent à la mortalité élevée liée aux incendies chez les Autochtones. Ils comprennent notamment les logements inadéquats, les logements sans détecteurs de fumée, le sous-financement des services d'incendie des communautés autochtones, ce qui entraîne une absence de casernes de pompiers et d'équipement adéquat de lutte contre les incendies, et une absence de lois prescrivant le respect des codes du bâtiment et de prévention des incendies dans les réserves<sup>6,7</sup>. Les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les Inuits de l'Inuit Nunangat sont plus susceptibles de vivre dans des maisons qui ont besoin de réparations majeures<sup>8</sup>. Une pauvreté élevée peut également être associée aux taux élevés de mortalité liée aux incendies chez les Autochtones<sup>9</sup>. L'analyse contextuelle des décès liés à un incendie chez les Indiens inscrits de la Colombie-Britannique indique un lien entre ces taux et la consommation d'alcool, les cigarettes allumées ou l'utilisation de dispositifs de chauffage électriques à proximité de matériaux inflammables, l'utilisation de dispositifs de chauffage électriques défectueux, l'huile de cuisson sur des cuisinières laissée sans surveillance, etc.<sup>1</sup>.

Pour traiter le problème des taux élevés de mortalité et de morbidité liées aux incendies, il a été recommandé d'élaborer des programmes visant à améliorer la disponibilité et l'utilisation des détecteurs de fumée, d'effectuer des vérifications de sécurité à domicile, de mettre en place des programmes scolaires, de former les pompiers locaux<sup>10</sup>, d'assurer un financement adéquat des services d'incendie, d'adopter des codes nationaux du bâtiment et de prévention des incendies pour les réserves ainsi que des lois pour appliquer le code national de prévention des incendies, et de créer un service du commissaire autochtone aux incendies<sup>11</sup>.

Bien que des études antérieures aient porté sur la mortalité et la morbidité liées aux incendies chez les Autochtones, plusieurs lacunes subsistent. Il n’y a pas suffisamment d’estimations concernant les Métis et les Inuits. De plus, de nombreuses études antérieures ont porté sur seulement un ou quelques ressorts. Par conséquent, il y a peu d’estimations à l’échelle nationale pour les Premières Nations, les Métis et les Inuits. En outre, il n’y a pas suffisamment de statistiques sur les empoisonnements au CO chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits.

L’objectif de la présente étude est, d’une part, de produire des taux de mortalité et de morbidité liées aux incendies, aux brûlures et aux empoisonnements au CO chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits et, d’autre part, de comparer ces estimations à celles des non-Autochtones du Canada. L’étude examine également les variations des taux selon le sexe, le groupe d’âge, la province et le territoire dans la mesure du possible. Dans le cadre de l’étude, la base de données sur la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2011, un ensemble de données couplées unique fondé sur la population à domicile dénombrée dans le cadre de l’Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 pour différents résultats en matière de santé, comme la mortalité, le cancer et les hospitalisations de 2011 à 2018, a été employée.

La section « Sources de données et méthodologie » à la fin du rapport comprend des renseignements détaillés sur les sources de données, les cohortes d’étude et les variables. Ce rapport présente et traite également des limites importantes dont il faut tenir compte dans l’interprétation des résultats.

## Résultats

### Taux de mortalité liée aux incendies, aux brûlures et aux empoisonnements au monoxyde de carbone chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits

Le taux de mortalité liée aux incendies normalisé selon l’âge était beaucoup plus élevé<sup>a</sup> chez les Premières Nations et les Inuits que chez les non-Autochtones vivant dans des logements privés au Canada. Le taux était de 1,6 décès par 100 000 années-personnes à risque chez les Premières Nations, tandis qu’il était 5,3 par 100 000 années-personnes à risque chez les Inuits (figure 1). En comparaison, il était de 0,3 par 100 000 années-personnes à risque chez les non-Autochtones. Bien que l’estimation du taux de mortalité chez les Métis (0,6) était plus élevée que celle chez les non-Autochtones, la différence entre celles-ci n’était pas significative sur le plan statistique.

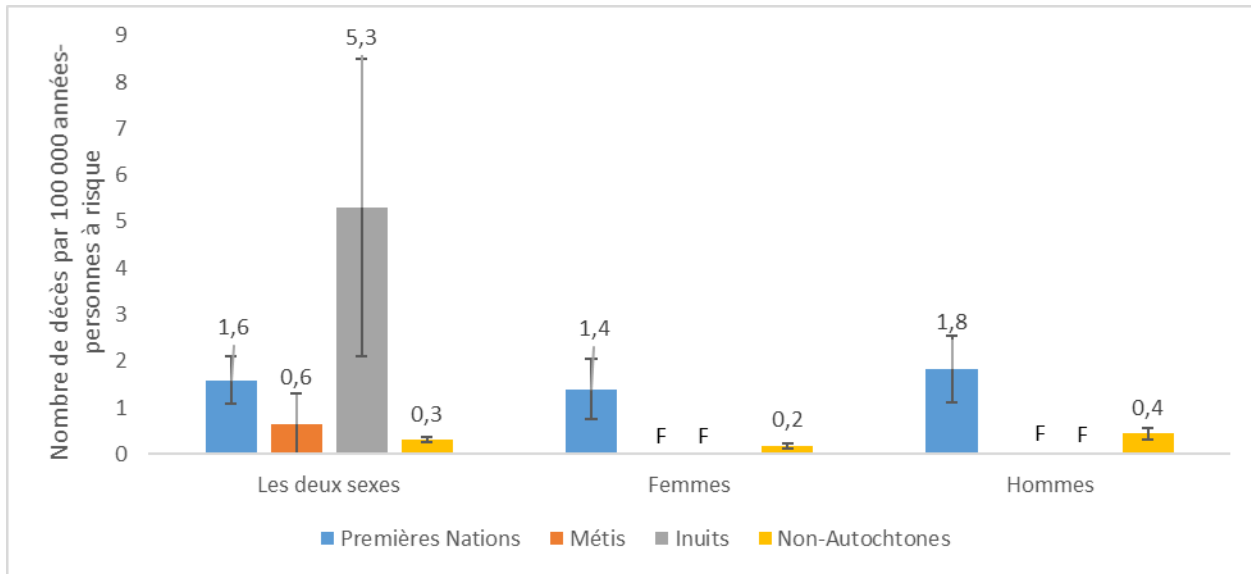
Le rapport de taux (RT) était de 5,2 pour les Premières Nations, ce qui indique que le taux de mortalité liée à tous les incendies était cinq fois plus élevé pour cette population que pour celle non autochtone. Pour les Inuits, le RT était de 17,3. Les taux de mortalité étaient relativement semblables chez les femmes et les hommes des Premières Nations. Les estimations pour les femmes et les hommes métis et inuits étaient trop peu fiables pour être publiées.

Compte tenu de la rareté des décès liés aux incendies et des populations autochtones relativement petites, les taux présentés dans le présent rapport sont fondés sur un petit nombre de décès, ce qui entraîne de grands intervalles de confiance (affichés sous la forme de barres d’erreur dans chaque colonne des figures) pour les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Ces grands intervalles de confiance limitent certaines comparaisons entre les groupes de population.

---

a) Des différences significatives entre les taux ont été constatées en se fondant sur l’intervalle de confiance de 95 %.

**Figure 1 Taux de mortalité liée aux incendies normalisé selon l'âge (taux de mortalité normalisé selon l'âge ou nombre de décès par 100 000 années-personnes à risque) chez les Premières Nations, les Métis, les Inuits et les non-Autochtones, selon le sexe, population à domicile âgée d'un an ou plus, Canada, 2011 à 2018**



F : Données trop peu fiables pour être publiées

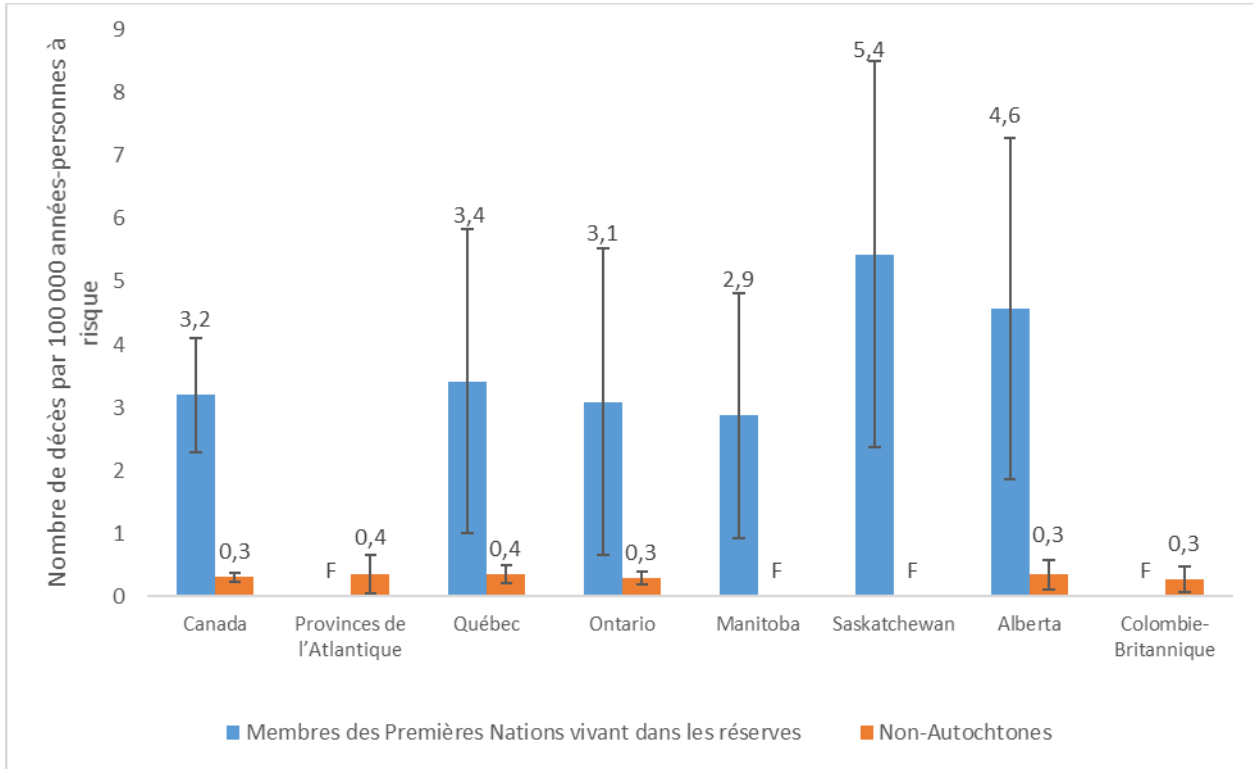
Notes : Période de suivi de 7,6 ans, soit du 10 mai 2011 au 31 décembre 2018.

Sont exclues les données des personnes placées en établissement au moment du recensement (p. ex. maisons de repos, prisons), des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres) et des personnes non dénombrées dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 et la Base canadienne de données sur l'état civil (2011 à 2018).

Dans l'ensemble du Canada, le taux de mortalité liée aux incendies normalisé selon l'âge chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves était de 3,2 décès par 100 000 années-personnes à risque et il était 10 fois plus élevé (RT = 10,5) que le taux des non-Autochtones au Canada (figure 2). Le taux de mortalité liée aux incendies chez les membres des Premières Nations était cinq fois plus élevé dans les réserves que hors réserve (0,6). Bien que les taux dans les réserves des Premières Nations variaient selon la province, les différences n'étaient pas statistiquement significatives.

**Figure 2 Taux de mortalité liée aux incendies normalisé selon l'âge (taux de mortalité normalisé selon l'âge ou nombre de décès par 100 000 années-personnes à risque) chez les membres des Premières Nations des réserves et les non-Autochtones, selon la province, population à domicile âgée d'un an ou plus, Canada, 2011 à 2018**



F : Données trop peu fiables pour être publiées

Notes : Période de suivi de 7,6 ans, soit du 10 mai 2011 au 31 décembre 2018.

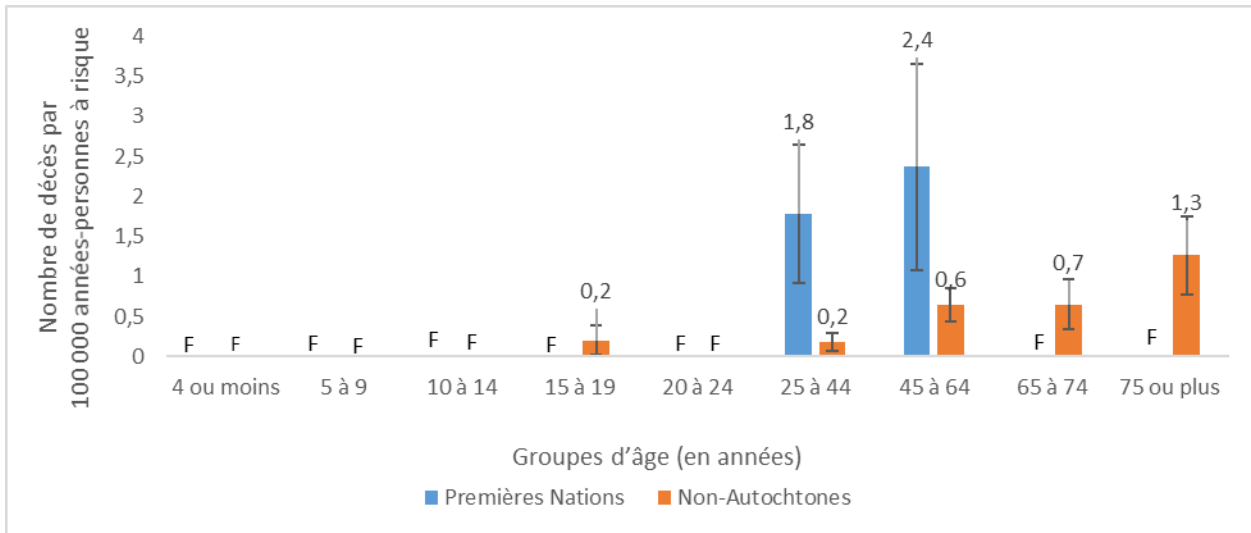
Sont exclues les données des personnes placées en établissement au moment du recensement (p. ex. maisons de repos, prisons), des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres) et des personnes non dénombrées dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 et la Base canadienne de données sur l'état civil (2011 à 2018).

En raison des limites de taille d'échantillon, les taux de mortalité en fonction de l'âge ne pouvaient être comparés que pour les Premières Nations et les non-Autochtones et pour deux groupes d'âge. Pour chacun de ces groupes d'âge, les taux des Premières Nations étaient considérablement plus élevés que ceux des non-Autochtones. Chez les adultes de 25 à 44 ans, les taux étaient de 1,8 et de 0,2 par 100 000 années-personnes à risque pour les Premières Nations et les non-Autochtones, respectivement. Les taux correspondants chez les adultes de 45 à 64 ans étaient de 2,4 et de 0,6 par 100 000 années-personnes à risque (figure 3).

Ces résultats indiquent que le taux de mortalité liée aux incendies chez les Premières Nations était près de 10 fois plus élevé que celui chez les non-Autochtones (RT = 9,7) pour le groupe d'âge plus jeune et près de 4 fois plus élevé (RT = 3,7) pour le groupe d'âge plus âgé.

**Figure 3 Taux de mortalité liée aux incendies spécifique à l'âge (nombre de décès par 100 000 années-personnes à risque) chez les membres des Premières Nations et les non-Autochtones, selon la province, population à domicile âgée d'un an ou plus, Canada, 2011 à 2018**



F : Données trop peu fiables pour être publiées

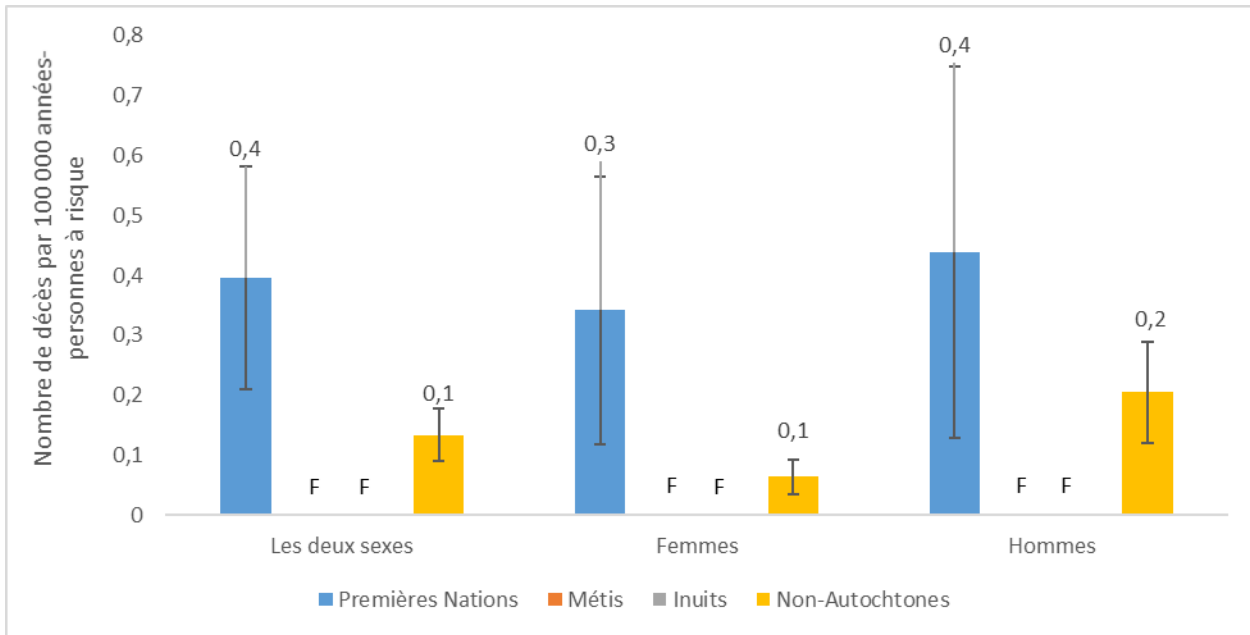
Notes : Période de suivi de 7,6 ans, soit du 10 mai 2011 au 31 décembre 2018.

Sont exclues les données des personnes placées en établissement au moment du recensement (p. ex. maisons de repos, prisons), des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres) et des personnes non dénombrées dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 et la Base canadienne de données sur l'état civil (2011 à 2018).

Bien que les incendies de bâtiments et de structures soient une source importante de décès liés aux incendies, d'autres incendies, notamment l'inflammation de matières hautement inflammables, les feux de forêt, les feux de camp, les automutilations intentionnelles, les voies de fait et les gestes posés dont les intentions sont indéterminées, peuvent également causer des décès<sup>12</sup>. Chez les Premières Nations, le taux de mortalité normalisé selon l'âge liée à ces autres incendies (0,4 décès par 100 000 années-personnes à risque) [figure 4] était inférieur au taux de mortalité correspondant liée aux incendies de bâtiments et de structures (1,2 décès par 100 000 années-personnes à risque).

**Figure 4 Taux de mortalité liée aux autres incendies\* normalisé selon l'âge (taux de mortalité normalisé selon l'âge ou nombre de décès par 100 000 années-personnes à risque) chez les Premières Nations, les Métis, les Inuits et les non-Autochtones, selon le sexe, population à domicile âgée d'un an ou plus, Canada, 2011 à 2018**



F : Données trop peu fiables pour être publiées

\*Les autres incendies comprennent l'inflammation de matières hautement inflammables, les feux de forêt, les feux de camp, les automutilations intentionnelles, les voies de fait et les gestes posés dont les intentions sont indéterminées, etc.

Notes : Période de suivi de 7,6 ans, soit du 10 mai 2011 au 31 décembre 2018.

Sont exclues les données des personnes placées en établissement au moment du recensement (p. ex. maisons de repos, prisons), des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres) et des personnes non dénombrées dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

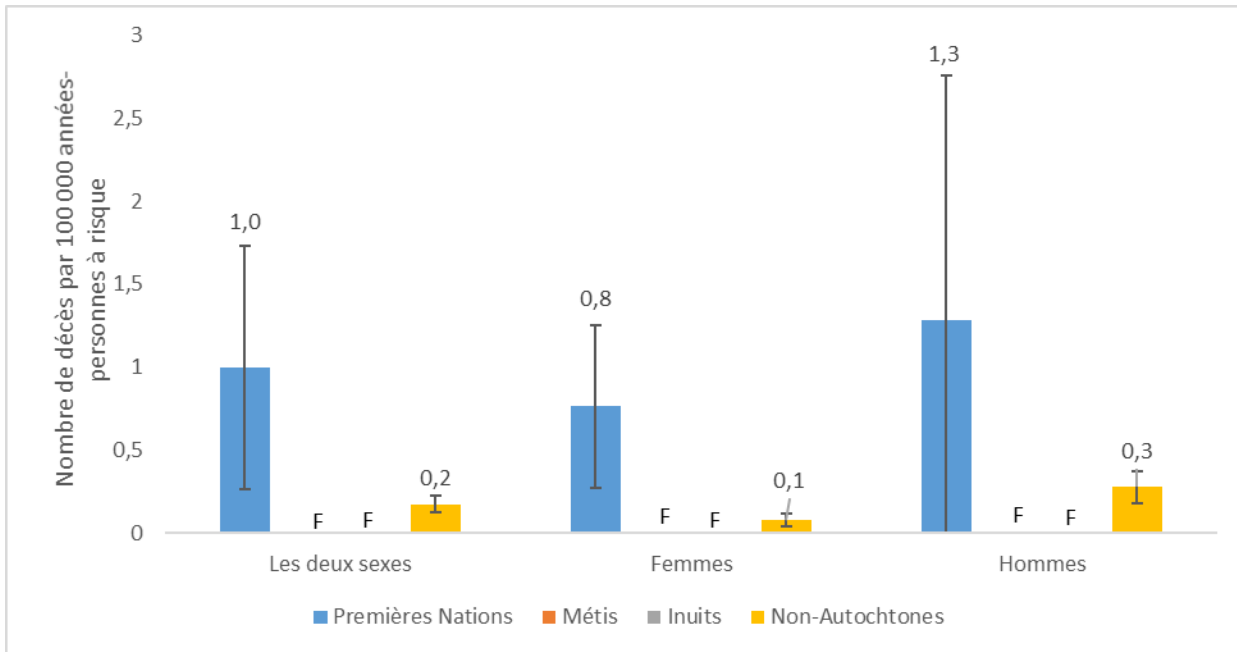
Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 et la Base canadienne de données sur l'état civil (2011 à 2018).

### Mortalité liée aux brûlures et brûlures liées aux incendies

Bien que les brûlures ne soient pas la principale cause de décès, elles contribuent à de nombreux décès liés aux incendies<sup>13</sup>. Le TMNA pour les décès liés aux incendies où les brûlures étaient un facteur était de 0,6 décès par 100 000 années-personnes à risque chez les Premières Nations, ce qui était six fois plus élevé que le taux correspondant chez les non-Autochtones (0,1 par 100 000 années-personnes à risque, RT = 6,3). Des disparités semblables ont été constatées pour toutes les brûlures et non seulement pour celles qui étaient liées à des incendies (1,0 et 0,2 par 100 000 années-personnes à risque, respectivement) [figure 5]. En raison des limites de taille d'échantillon, les estimations pour les Métis et les Inuits ont été jugées trop peu fiables pour être publiées.



**Figure 5 Taux de mortalité liée aux brûlures normalisé selon l'âge (taux de mortalité normalisé selon l'âge ou nombre de décès par 100 000 années-personnes à risque) chez les Premières Nations, les Métis, les Inuits et les non-Autochtones, selon le sexe, population à domicile âgée d'un an ou plus, Canada, 2011 à 2018**



F : Données trop peu fiables pour être publiées

Notes : Période de suivi de 7,6 ans, soit du 10 mai 2011 au 31 décembre 2018.

Sont exclues les données des personnes placées en établissement au moment du recensement (p. ex. maisons de repos, prisons), des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres) et des personnes non dénombrées dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

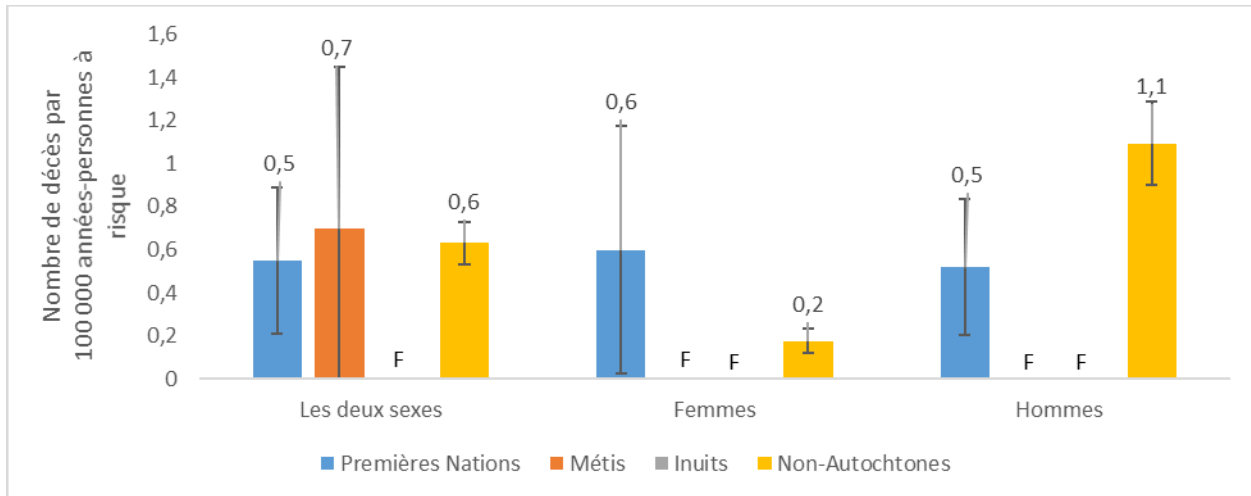
Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 et la Base canadienne de données sur l'état civil (2011 à 2018).

Le taux de mortalité liée à toutes les brûlures chez les membres des Premières Nations dans les réserves était de 1,5 décès par 100 000 années-personnes à risque. En Saskatchewan, pour laquelle une estimation pouvait être publiée, le taux était de 2,8 par 100 000 années-personnes à risque.

#### Mortalité liée aux empoisonnements au monoxyde de carbone

Les empoisonnements au CO causent plus de 200 décès par année au Canada<sup>14</sup>. Les taux de mortalité liée aux empoisonnements au CO n'étaient pas significativement différents chez les Premières Nations (0,5 par 100 000 années-personnes à risque), les Métis (0,7 par 100 000 années-personnes à risque) et les non-Autochtones (0,6 par 100 000 années-personnes à risque) [figure 6]. Le petit nombre de décès causés par des empoisonnements au CO a empêché de faire une analyse par groupe d'âge et d'évaluer les taux chez les membres des Premières Nations dans les réserves.

**Figure 6 Taux de mortalité liée aux empoisonnements au monoxyde de carbone normalisé selon l'âge (taux de mortalité normalisé selon l'âge ou nombre de décès par 100 000 années-personnes à risque) chez les Premières Nations, les Métis, les Inuits et les non-Autochtones, selon le sexe, population à domicile âgée d'un an ou plus, Canada, 2011 à 2018**



F : Données trop peu fiables pour être publiées

Notes : Période de suivi de 7,6 ans, soit du 10 mai 2011 au 31 décembre 2018.

Sont exclues les données des personnes placées en établissement au moment du recensement (p. ex. maisons de repos, prisons), des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres) et des personnes non dénombrées dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

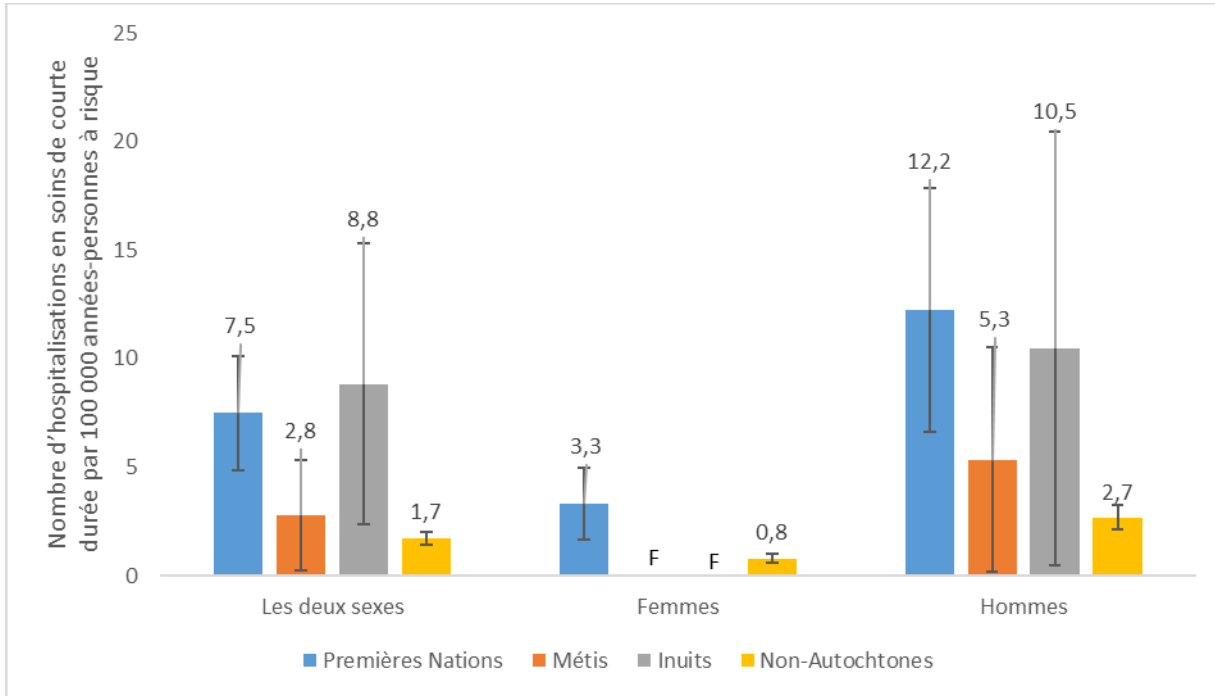
Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 et la Base canadienne de données sur l'état civil (2011 à 2018).

### Morbidité liée aux incendies, aux brûlures et aux empoisonnements au monoxyde de carbone chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits

Chez les membres des Premières Nations et les Inuits vivant dans des logements privés au Canada, à l'exception du Québec, le taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge (THNA) pour toutes les blessures liées aux incendies était considérablement plus élevé que celui des non-Autochtones. Le THNA était de 7,5 hospitalisations en soins de courte durée par 100 000 années-personnes à risque chez les Premières Nations et de 8,8 par 100 000 années-personnes à risque chez les Inuits (figure 7). En comparaison, il était de 1,7 par 100 000 années-personnes à risque chez les non-Autochtones. Par conséquent, les taux étaient de 4,3 et 5,1 fois plus élevés chez les Premières Nations et les Inuits, respectivement, que chez les non-Autochtones. Le THNA était de 2,8 par 100 000 années-personnes à risque chez les Métis. Même si cette estimation ponctuelle était plus élevée que celle des non-Autochtones (1,7 par 100 000 années-personnes à risque), il n'y avait pas de différence significative entre celles-ci.

Les THNA étaient beaucoup plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Par exemple, chez les hommes des Premières Nations, il était de 12,2 par 100 000 années-personnes à risque comparativement à 3,3 par 100 000 années-personnes à risque chez les femmes. Néanmoins, les disparités par rapport aux non-Autochtones étaient similaires en fonction du sexe. Le taux était quatre fois plus élevé chez les hommes (RT = 4,1) et les femmes (RT = 4,5) des Premières Nations.

**Figure 7 Taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge (taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge ou nombre d'hospitalisations en soins de courte durée par 100 000 années-personnes à risque) pour les blessures liées aux incendies chez les Premières Nations, les Métis, les Inuits et les non-Autochtones, selon le sexe, population à domicile âgée d'un an ou plus, Canada (à l'exclusion du Québec), 2011-2012 à 2016-2017**



F : Données trop peu fiables pour être publiées

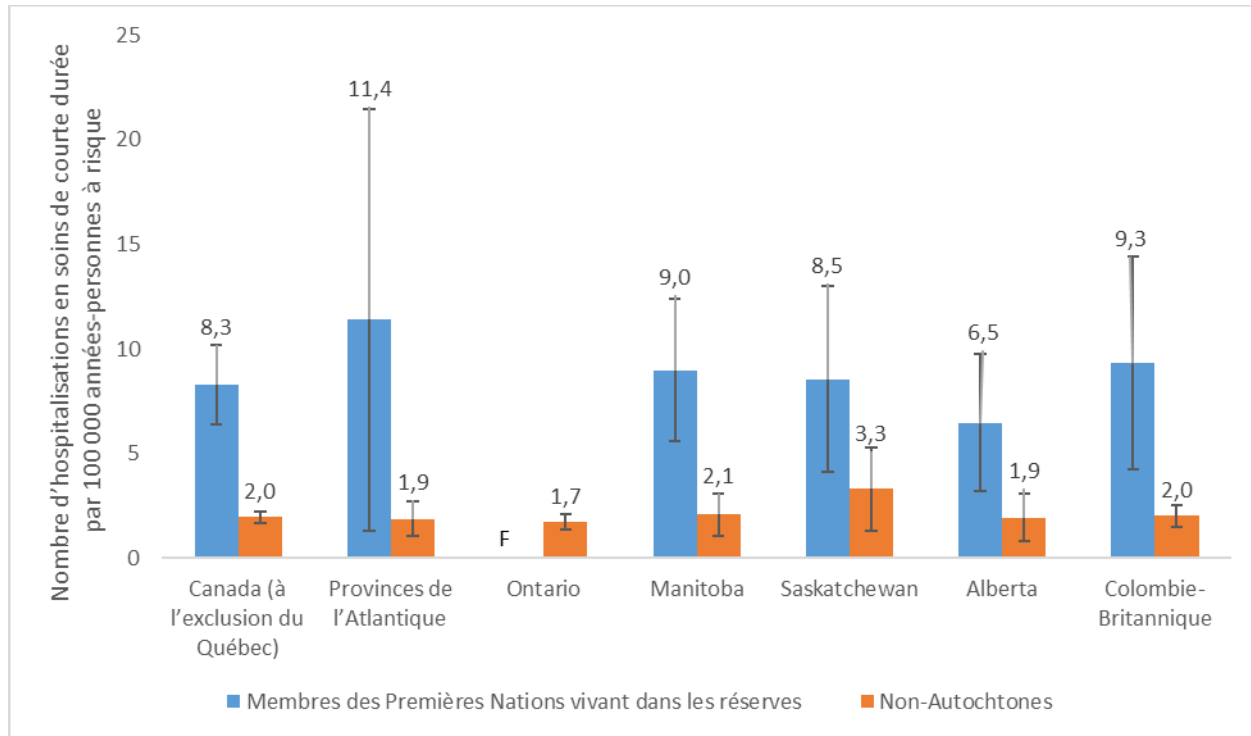
Notes : Période de suivi de 5,9 ans, soit du 10 mai 2011 au 31 mars 2017.

Sont exclues les données des personnes placées en établissement au moment du recensement (p. ex. maisons de repos, prisons), des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres) et des personnes non dénombrées dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 et la Base de données sur les congés des patients (2011-2012 à 2016-2017).

Dans l'ensemble du Canada, le taux d'hospitalisation liée aux incendies normalisé selon l'âge chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves était de 8,3 hospitalisations par 100 000 années-personnes à risque, ce qui était environ cinq fois plus élevé (RT = 4,7) que le taux des non-Autochtones au Canada (figure 8). Bien que les taux dans les réserves des Premières Nations variaient selon la province, les différences n'étaient pas statistiquement significatives entre ceux-ci.

**Figure 8 Taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge (taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge ou nombre d'hospitalisations par 100 000 années-personnes à risque) pour les blessures liées aux incendies chez les membres des Premières Nations dans des réserves et les non-Autochtones, selon le sexe, population à domicile âgée d'un an ou plus, Canada (à l'exception du Québec), 2011-2012 à 2016-2017**



F : Données trop peu fiables pour être publiées

Notes : Période de suivi de 5,9 ans, soit du 10 mai 2011 au 31 mars 2017.

Sont exclus les données des personnes placées en établissement au moment du recensement (p. ex. maisons de repos, prisons), des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres) et des personnes non dénombrées dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 et la Base de données sur les congés des patients (2011-2012 à 2016-2017).

Des tendances semblables ont été observées pour les brûlures associées aux incendies. Chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits, le THNA était respectivement de 7,0, de 2,7 et de 5,5 par 100 000 années-personnes à risque. En comparaison, il était de 1,6 par 100 000 années-personnes à risque chez les non-Autochtones. Les RT étaient donc de 4,5, de 1,7 et de 3,5 chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits, respectivement.

Comme pour toutes les blessures liées aux incendies, les taux chez les Premières Nations étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les taux chez les femmes métisses et inuites étaient trop peu fiables pour être publiés, et il était donc impossible de faire des comparaisons en fonction du sexe. Les disparités de ces taux par rapport aux taux des non-Autochtones étaient semblables chez les hommes (RT = 4,4) et les femmes (RT = 4,8) des Premières Nations. Les différences entre les taux selon les provinces pour les membres des Premières Nations dans les réserves n'étaient pas statistiquement significatives (données non présentées).

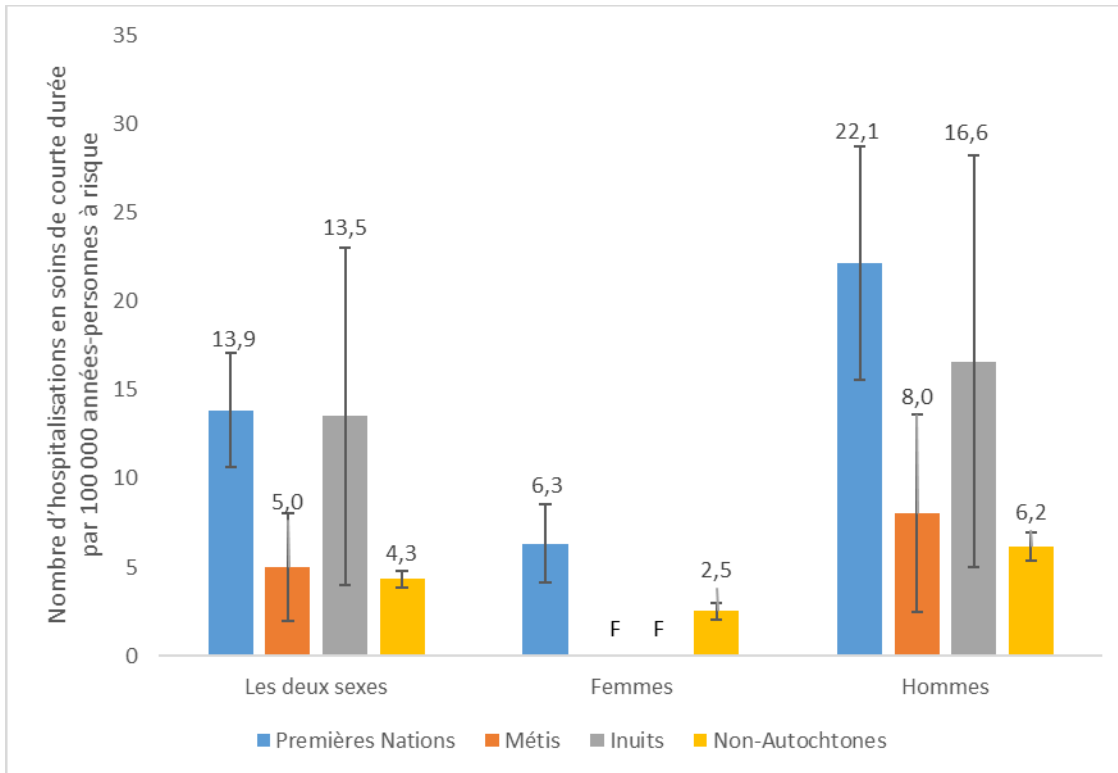
Les taux d'hospitalisation liée aux brûlures associées aux incendies de bâtiments et de structures étaient également beaucoup plus élevés chez les Premières Nations (0,9 par 100 000 années-personnes à risque) que

chez les non-Autochtones (0,1 par 100 000 années-personnes à risque). C'était également le cas pour les brûlures dont les causes sont autres, notamment l'inflammation de matières hautement inflammables. Le THNA était de 6,1 par 100 000 années-personnes à risque chez les Premières Nations, de 2,4 par 100 000 années-personnes à risque chez les Métis et de 4,0 par 100 000 années-personnes à risque chez les Inuits. En comparaison, le taux des non-Autochtones était de 1,5 par 100 000 années-personnes à risque, ce qui donnait des RT de 4,2, de 1,7 et de 2,7, respectivement.

De façon similaire aux tendances susmentionnées, les taux étaient plus élevés chez les hommes (10,5 par 100 000 années-personnes à risque) que chez les femmes (2,2 par 100 000 années-personnes à risque) des Premières Nations. Néanmoins, les disparités par rapport aux non-Autochtones pour les deux sexes n'étaient pas significativement différentes (RT de 3,5 pour les femmes et de 4,6 pour les hommes des Premières Nations).

Ces tendances ont été encore une fois constatées pour toutes les brûlures et non seulement celles causées par des incendies. Le THNA pour toutes les brûlures était trois fois plus élevé chez les Premières Nations (13,9 par 100 000 années-personnes à risque, RT = 3,2) et chez les Inuits (13,5 par 100 000 années-personnes à risque, RT = 3,1) que chez les non-Autochtones (4,3 par 100 000 années-personnes à risque) [figure 9]. Le taux était plus élevé chez les hommes (22,1 par 100 000 années-personnes à risque) que chez les femmes (6,3 par 100 000 années-personnes à risque) des Premières Nations que chez les hommes (6,2 par 100 000 années-personnes à risque) et les femmes (2,5 par 100 000 années-personnes à risque) non autochtones. Les disparités entre les taux des Premières Nations et des non-Autochtones chez les femmes (RT = 2,5) et les hommes (RT = 3,6) n'étaient pas significatives. Les différences en fonction des provinces pour les taux d'hospitalisation liée aux brûlures chez les membres des Premières Nations dans les réserves n'étaient pas significatives sur le plan statistique (données non présentées).

**Figure 9 Taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge (taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge ou nombre d'hospitalisations en soins de courte durée par 100 000 années-personnes à risque) pour les blessures liées à toutes les brûlures chez les Premières Nations, les Métis, les Inuits et les non-Autochtones, selon le sexe, population à domicile âgée d'un an ou plus, Canada (à l'exception du Québec), 2011-2012 à 2016-2017**



F : Données trop peu fiables pour être publiées

Notes : Période de suivi de 5,9 ans, soit du 10 mai 2011 au 31 mars 2017.

Sont exclues les données des personnes placées en établissement au moment du recensement (p. ex. maisons de repos, prisons), des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres) et des personnes non dénombrées dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 et la Base de données sur les congés des patients (2011-2012 à 2016-2017).

### Hospitalisations liées aux empoisonnements au monoxyde de carbone

Les taux d'hospitalisation liée aux empoisonnements au CO n'étaient pas différents de façon significative chez les Premières Nations (0,6 par 100 000 années-personnes à risque), les Métis (2,9 par 100 000 années-personnes à risque) et les non-Autochtones (0,9 par 100 000 années-personnes à risque). Les taux n'ont pas pu être publiés en fonction des groupes d'âge ni pour les membres des Premières Nations dans les réserves en raison des limites de taille d'échantillon.

### Conclusion

Les taux de mortalité et de morbidité liées aux incendies et aux brûlures sont beaucoup plus élevés chez les Premières Nations et les Inuits que chez les non-Autochtones. En raison du petit nombre de décès et d'hospitalisations liés aux incendies, aux brûlures et aux empoisonnements au CO chez les Métis, les estimations

de mortalité et de morbidité, bien que plus élevées que les estimations pour les non-Autochtones, n'étaient pas différentes de façon significative.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude dans le cadre de laquelle une même source de données et une même méthodologie ont été employées en vue d'évaluer les taux de mortalité et de morbidité des trois populations autochtones et de les comparer à ceux de la population non autochtone, à l'échelle nationale et régionale, lorsque c'était possible. Les estimations présentées dans ce rapport pourraient servir de mesures de référence pour des comparaisons ultérieures.

Les limites de l'étude doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats, notamment l'exclusion des personnes placées en établissements, des ménages collectifs et de la population non dénombrée, ainsi que le dénombrement incomplet des membres de 18 réserves des Premières Nations, effectué dans le cadre de l'ENM de 2011.

## Sources de données et méthodologie

### Données

La CSERCan de 2011 est un ensemble de données couplées fondé sur la population permettant de faire un suivi de la population dans les logements privés (personnes qui ne sont pas dans des établissements ou logements collectifs) dénombrée dans le cadre de l'ENM de 2011 pour différents résultats en matière de santé comme la mortalité, le cancer et les hospitalisations. En bref, l'intégration des enregistrements de la CSERCan de 2011 a été effectuée à l'aide de l'Environnement de couplage de données sociales (ECDS) de Statistique Canada<sup>15</sup>. L'ECDS aide à créer des fichiers de données couplées sur la population pour faire une analyse sociale par l'intégration dans le Dépôt d'enregistrements dérivés (DED), une base de données relationnelle dynamique qui ne comprend que des identificateurs personnels de base. Les données d'enquête et administratives sont couplées au DED à l'aide d'un logiciel d'intégration des enregistrements de nature générale soutenant une intégration déterministe et probabiliste.

L'ENM était une enquête à participation volontaire qui a été réalisée en mai 2011 auprès d'environ 4,5 millions (30 %) de logements privés choisis au hasard dans le cadre du Recensement de la population de 2011. L'ENM couvrait toutes les personnes qui vivent habituellement au Canada, dont les résidents permanents et non permanents, et les personnes des réserves des Premières Nations, des établissements métis et des communautés inuites. La population de 18 réserves des Premières Nations n'a été que partiellement dénombrée dans le cadre de l'ENM de 2011. Pour 13 de réserves, le dénombrement a été retardé en raison de feux de forêt s'étant produits dans le Nord de l'Ontario et il a été fait à une date ultérieure. L'ENM excluait les personnes en établissements (p. ex. hôpitaux, maisons de repos, pénitenciers) et les logements collectifs (p. ex. camps de travail, hôtels, refuges)<sup>15</sup>.

Les enregistrements d'environ 6,7 millions de répondants de l'ENM pouvaient être intégrés; 97 % d'entre eux ont été couplés au DED au moyen d'une approche probabiliste fondée sur les numéros de téléphone, les noms de famille, les prénoms, les dates de naissance et les lieux de résidence. Aucune différence de taux d'intégration n'a été constatée selon le mode de collecte, la province, le sexe ou la décennie de naissance. Pour assurer la représentativité de la cohorte couplée, les résultats ont été pondérés de façon à tenir compte de la non-intégration<sup>15</sup>.

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) comprend des données démographiques, administratives et cliniques sur tous les congés d'hôpitaux de soins de courte durée (et certains de soins psychiatriques, de réadaptation pour des problèmes chroniques et de chirurgie ambulatoire) pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec<sup>16</sup>. Les données sont fournies chaque année à Statistique Canada par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données des congés donnés du 10 mai 2011 au 31 mars 2017 pouvaient être couplées (n = 23,5 millions) : 91 % d'entre eux ont été couplés au DED au moyen d'une approche déterministe fondée sur les dates de naissance, les codes postaux, le sexe et les numéros d'assurance-maladie. L'analyse des enregistrements du BDCP couplés par rapport à celle des enregistrements du BDCP non couplés n'a révélé aucun biais, et les distributions des caractéristiques d'individus étaient similaires (âge, sexe, province et territoire de résidence)<sup>17</sup>.

La Base canadienne de données sur l'état civil contient de l'information sur tous les décès se produisant au Canada. Les données sont obtenues annuellement auprès des registraires de l'état civil des provinces et des territoires<sup>18</sup>. Les enregistrements de mortalité jusqu'au 31 décembre 2018 pouvaient être couplés : 90 % d'entre eux ont été couplés au DED au moyen d'une approche probabiliste fondée sur les noms de famille, les prénoms, les dates de naissance et la géographie (province, ville, code postal)<sup>19</sup>.

Des détails supplémentaires sur la méthodologie de couplage sont présentés dans des rapports antérieurs<sup>20</sup>. Le couplage a été effectué conformément à la Politique relative au couplage d'enregistrements<sup>21</sup> et approuvé par le Conseil exécutif de gestion de Statistique Canada. Statistique Canada assure la protection des renseignements personnels des répondants pendant le couplage et l'utilisation subséquente des fichiers couplés. Seuls les employés qui participent directement au processus ont accès aux renseignements personnels (comme le nom et le sexe) requis pour le couplage et ils n'ont pas accès aux renseignements relatifs à la santé. Lorsque le couplage est terminé, un fichier analytique sans renseignements personnels est créé. Les analystes n'ont accès qu'à ce fichier sans renseignements personnels.

#### Cohorte de l'étude

La cohorte de l'étude pour l'analyse de la mortalité comprenait toutes les données des répondants de l'ENM couplées au DED (n = 6 499 183). Pour l'analyse de la morbidité, il s'agit de toutes les données des répondants de l'ENM (à l'exception des résidents du Québec) couplées au DED (n = 8 418 871). Les hospitalisations liées aux blessures, aux brûlures et aux empoisonnements au CO chez les membres de la cohorte du 10 mai 2011 au 31 mars 2017 ont été relevées à l'aide d'un protocole qui respecte les exigences de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision, Canada (CIM-10-CA). Les données sur les décès des membres de la cohorte d'étude (toutes causes confondues) de 2011 à 2017 ont été utilisées pour ajuster le dénominateur des calculs de taux.

#### Variables

L'identité autochtone, l'âge, le sexe et la province de résidence sont des variables de l'ensemble de données de l'ENM de 2011 ont été utilisées. Une variable pour les régions de résidence dans les réserves et hors réserve a été générée à l'aide des Codes de classification géographique type. Des variables binaires ont été créées pour différentes causes de décès et d'hospitalisation à l'aide des codes de la CIM-10-CA dans la Base canadienne de données sur l'état civil et la BDCP. La génération de ces variables et de celles dont les années-personnes à risque sont l'unité est décrite dans la section suivante.



*Codes de la CIM-10-CA pour les incendies, les brûlures et les empoisonnements au monoxyde de carbone*

Pour l'estimation du taux de mortalité, les décès liés aux incendies ont été déterminés à l'aide des codes de cause initiale extérieure de décès de la CIM-10-CA (tableau 1). Pour les décès liés aux brûlures, les champs d'axe d'enregistrements ont été utilisés à partir des fichiers des causes de décès multiples. Ils ont été utilisés en conjonction avec les codes de cause de décès liés aux incendies. Pour les décès entraînés par des empoisonnements au CO, à la fois les codes de cause initiale externe de décès (hypothèse d'empoisonnement au CO) et les champs d'axe des enregistrements<sup>22</sup> ont été employés.

Pour l'estimation du taux d'hospitalisation, les décès liés aux blessures, aux brûlures et aux empoisonnements au CO ont été déterminés à l'aide des codes des champs des diagnostics principaux (tableau 2). Le diagnostic « principal » est le problème de santé diagnostiqué le plus important ou celui qui a entraîné la plus grande partie du séjour à l'hôpital. Ceux-ci ont été utilisés conjointement avec les codes de cause initiale externe pour les incendies en vue de déterminer quels sont les blessures, les brûlures et les empoisonnements liés aux incendies<sup>23</sup>. Chaque dossier d'hôpital peut comprendre 25 diagnostics codés conformes à la CIM-10-CA.

**Tableau 1 Codes de la CIM-10-CA pour les incendies, les brûlures et les empoisonnements au monoxyde de carbone employés pour l'estimation du taux de mortalité**

	Incendie	Brûlures	Empoisonnements au monoxyde de carbone
Tous les incendies	X00 à X09, X76, X97 et Y26		
Tous les incendies de bâtiments et de structures	X00 et X02		
Tous les autres incendies (dont l'inflammation de matières inflammables, les feux de forêt, les feux de camp, les automutilations intentionnelles, les voies de fait, les gestes posés dont les intentions sont indéterminées, etc.)	X01, X03 à X08, X09, X76, X97 et Y26		
Toutes les brûlures		T20 à T32 (pour les codes à causes multiples)	
Toutes les brûlures liées aux incendies de bâtiments et de structures		T20 à T32 (pour les codes à causes multiples) si X00 ou X02 est la cause initiale de décès	
Toutes les brûlures liées à d'autres types d'incendies		T20 à T32 (pour les codes à causes multiples) si X01, X03 à X08, X09, X76, X97 ou Y26 est la cause initiale de décès	
Brûlures non liées à des incendies		T20 à T32 (pour les codes à causes multiples) sans X00 à X09, X76, X97 ou Y26 comme cause initiale de décès	
Tous les empoisonnements au monoxyde de carbone			T58 ou X47, X67 et Y17 (pour les codes à causes multiples)

**Tableau 2 Codes de la CIM-10-CA pour les incendies, les brûlures et les empoisonnements au monoxyde de carbone employés pour l'estimation du taux d'hospitalisations en soins de courte durée**

Hospitalisations en soins de courte durée	Codes de la CIM-10-CA
Toutes les blessures liées aux incendies	Le code S00-T98 est le diagnostic principal, et le code de cause initiale externe de blessure est X00 à X09, X76, X97 ou Y26.
Brûlures	Les codes T20 à T32 sont le diagnostic principal.
Toutes les brûlures liées aux incendies	Les codes T20 à T32 sont le diagnostic principal, et le code de cause initiale externe de blessure est X00 à X09, X76, X97 ou Y26.
Brûlures liées aux incendies de bâtiments et de structures	Les codes T20 à T32 sont le diagnostic principal, et le code de cause initiale externe de blessure est X00 ou X02.
Brûlures liées à d'autres types d'incendies (inflammation de matières inflammables, feux de forêt, feux de camp, etc.)	Les codes T20 à T32 sont le diagnostic principal, et le code de cause initiale externe de blessure est X01 ou X03 à X09.
Empoisonnements au monoxyde de carbone	Le code T58 est le diagnostic principal, et le code de cause initiale externe de blessure est X47, X67 ou Y17.

## Estimation des taux pondérés de mortalité et d'hospitalisation

En ce qui concerne les estimations de taux de mortalité et d'hospitalisation, la période où chaque personne était à risque de mourir a été répartie par année de suivi, et pour chaque année de suivi, par période avant et après la date de naissance. Au cours du processus, l'âge de chaque personne augmentait le jour de son anniversaire, ce qui permettait de catégoriser les individus en fonction de groupes d'âge de façon appropriée pour calculer les taux de mortalité. Les taux pondérés de mortalité et d'hospitalisation normalisés selon l'âge (TMNA et THNA)<sup>24</sup> et leurs intervalles de confiance de 95 % ont été estimés. Les personnes de moins d'un an ont été exclues de l'analyse en raison de la sous-représentation de ce groupe dans l'ensemble de données couplées. En bref, on a calculé les TMNA et les THNA en divisant le nombre de membres de la cohorte qui sont décédés ou qui ont été hospitalisés en raison d'un incendie, de brûlures ou d'un empoisonnement au CO au cours de la période de suivi par le nombre total d'années-personnes à risque. Pour chaque membre de la cohorte, le nombre d'années-personnes a été calculé comme étant le nombre de jours entre le début de la période d'étude et la date du décès ou de la fin de l'étude divisé par 365,25. La normalisation selon l'âge a été effectuée en fonction de groupes d'âge de cinq ans, et la population autochtone totale de 2011 était la population de référence, sans celle du Québec pour les hospitalisations. Les taux pondérés de mortalité et d'hospitalisation générés sans normalisation selon l'âge ont été utilisés pour les comparaisons entre les groupes d'âge d'un groupe autochtone ou entre un groupe autochtone et la population non autochtone. Ces taux ont également été employés pour comparer les taux de mortalité et d'hospitalisation des membres des Premières Nations dans les réserves et hors des réserves puisque leur structure par âge était assez semblable en 2011 (âge médian : 23,9 ans et 27,1 ans, respectivement)<sup>25</sup>. La variance a été calculée à l'aide de 500 ensembles de poids bootstrap<sup>20</sup>.

Les taux de mortalité et d'hospitalisation normalisés selon l'âge et spécifiques à l'âge, exprimés sous la forme du nombre de décès et d'hospitalisations par 100 000 années-personnes à risque, ont été générés en fonction du sexe, de l'identité autochtone et de la province ou du territoire. Pour l'identité autochtone, en se fondant sur les réponses à l'ENM de 2011, les catégories suivantes étaient possibles : Premières Nations, Métis, Inuit, identité autochtone multiple, réponses sur l'identité autochtone non indiquées ailleurs et non-Autochtone. Toutefois, dans le présent document, seules les estimations pour les groupes à identité unique sont présentées. Les régions géographiques étudiées comprennent les provinces et les territoires ainsi que « dans une réserve » et « hors réserve ». Les RT, soit les rapports de taux de mortalité ou d'hospitalisation chez les Premières Nations, les Métis ou les Inuits sur les taux de mortalité ou d'hospitalisation chez les non-Autochtones, ont été calculés afin d'examiner l'ampleur des disparités entre les autochtones et les non-Autochtones.

Pour les estimations de mortalité, seules des estimations fondées sur au moins 5 décès avec une somme pondérée d'au moins 10 sont publiées. Pour les taux d'hospitalisation, sont publiées seulement les estimations fondées sur un nombre d'au moins cinq hospitalisations avec une somme pondérée d'au moins 10 lorsqu'au moins deux établissements et au moins cinq individus sont des répondants avec une somme pondérée d'au moins 10. Pour les estimations non publiées, un « F » figure dans les graphiques et les tableaux.

## Interprétation des estimations et des intervalles de confiance

Dans les graphiques et les tableaux, les estimations publiables sont présentées avec des intervalles de confiance de 95 %, ce qui représente la variance associée à chaque estimation. On peut comparer deux

estimations pour voir si elles sont différentes sur le plan statistique en utilisant les intervalles de confiance. En ce qui concerne les taux de mortalité et d'hospitalisation, si les intervalles de confiance ne se chevauchent pas, la différence entre eux est considérée comme significative. Pour les RT, qui comparent les estimations d'un groupe autochtone aux non-Autochtones, si les intervalles de confiance n'incluent pas la valeur 1 dans la plage, la différence est considérée comme significative.

## Limites

Il faut remarquer que plusieurs limites sont associées à l'analyse. Les taux de mortalité présentés dans ce rapport peuvent être inférieurs aux taux réels en raison des facteurs suivants : 1) l'exclusion des personnes en établissements et des ménages collectifs; 2) l'exclusion des personnes non dénombrées dans le cadre de l'ENM de 2011, notamment les sans-abri, chez qui les Autochtones sont surreprésentés<sup>26</sup>; 3) la non-intégration de certains décès/ hospitalisations qui se sont produits de 2011 à 2016 dans l'ENM de 2011; 4) des erreurs éventuelles d'intégration; 5) des erreurs éventuelles de classification des causes de décès dans la Base canadienne des données sur l'état civil qui sont commises pour éviter la stigmatisation, ou qui sont entraînées parce que des éléments ont été classifiés incorrectement par inadvertance ou parce qu'il y a une incapacité à attribuer une cause, etc. De plus, l'identité autochtone dans le recensement était autodéclarée, ce qui peut avoir entraîné des sous-estimations ou des surestimations de taux de mortalité/d'hospitalisations chez certains groupes autochtones. De plus, la population de 18 réserves et établissements indiens n'a été que partiellement dénombrée dans le cadre de l'ENM de 2011<sup>27</sup>, ce qui a pu entraîner une sous-estimation ou une surestimation des taux de mortalité. La plupart des réserves se trouvaient au Québec et en Ontario; les autres étaient en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique. Les deux premières provinces comprennent des réserves avec une population élevée, p. ex. Akwesasne (dont la population était d'environ 10 000 en 2020), Doncaster (population d'environ 8 000) et Pikangikum (population d'environ 3 000)<sup>27, 28</sup>. D'importantes fluctuations aléatoires peuvent se produire d'une année à l'autre pour les taux de mortalité associés aux petites régions et aux petits sous-groupes de population, puisqu'un décès est un événement relativement rare, en particulier ceux causés par des incendies, des brûlures ou des empoisonnements au CO.

## Évaluation de la validité des estimations sur les incendies, les brûlures et les empoisonnements au monoxyde de carbone

Les estimations présentées dans le rapport ont été comparées aux estimations publiées lorsqu'elles étaient accessibles. Le taux de mortalité liée aux incendies de la CSERCan de 2011 pour la population non autochtone au Canada (0,3 décès par 100 000 années-personnes à risque) est semblable aux taux publiés précédemment. De 2011 à 2018, le TMNA pour la population totale variait de 0,4 à 0,6 par 100 000 personnes<sup>29</sup>. Le taux d'hospitalisation pour toutes les blessures liées aux incendies en Colombie-Britannique, calculé à partir des données sur la CSERCan de 2011, était de 2,28 hospitalisations par 100 000 années-personnes à risque pour la période du 10 mai 2011 au 31 mars 2017. En comparaison, le taux d'hospitalisation liée aux incendies fourni par la BCIRPU était de 2,99 pour 100 000 personnes pour la période de 2012-2013 à 2016-2017<sup>30</sup>. Les taux d'hospitalisation liée aux empoisonnements au CO publiés dans le présent rapport relativement à la population non autochtone (0,9 hospitalisation par 100 000 années-personnes à risque) sont semblables aux taux publiés par d'autres provinces (lesquels varient de 0,53 à 1,27, à l'exclusion de la Saskatchewan)<sup>14</sup>. Pour interpréter ces comparaisons, il convient de souligner que les estimations publiées susmentionnées sont fondées sur le nombre total de

décès ou d'hospitalisations s'étant produits dans les ressorts respectifs, tandis que les taux tirés des données sur la CSERCan s'appliquent à la population à domicile.

## Coordonnées des personnes-ressources

[mohan.kumar@canada.ca](mailto:mohan.kumar@canada.ca)

Centre de la statistique et des partenariats autochtones, Statistique Canada

## Bibliographie

1. Gilbert M, Dawar M, Armour R. 2006. Fire-related deaths among Aboriginal people in British Columbia, 1991-2001. *Can J Public Health*. 97(4): 300-4.
2. Office of the Chief Coroner. 2012. Residential structure fire deaths in BC, 2007-2011. Burnaby, BC.
3. Canadian Mortgage and Housing Corporation. 2005. Fire experience, smoke alarms and sprinklers in Canadian houses: CMHC research to 2005. Ottawa, ON.
4. Finès P, Bougie E, Oliver LN, et al. 2013. Hospitalizations for unintentional injuries among Canadian adults in areas with a high percentage of Aboriginal-identity residents. *Chronic Dis Inj Can*. 33(4): 204-17.
5. Oliver LN, Kohen DE. 2012. Unintentional injury hospitalizations among children and youth in areas with a high percentage of Aboriginal identity residents: 2001/2002 to 2005/2006. *Health Rep*. 23(3): 7-15.
6. Winter J, Siekierska A. A First Nations solution to saving lives. Toronto Star. 2017.
7. Siekierska A, Winter J. Where are the girls? Toronto Star. 2017.
8. Statistics Canada. 2015. Aboriginal Statistics at a Glance: 2nd edition. Ottawa, ON.
9. Clare J, Kelly H. 2017. Fire and at risk populations in Canada. Analysis of the Canadian National Fire Information Database. Abbotsford, BC.
10. The Assembly of First Nations. 2006. Injury prevention for First Nations communities. Fact sheet. Ottawa, ON.
11. Siekierska A, Winter J. Fire and death in Canada's First Nations. Toronto Star. 2017.
12. British Columbia Vital Statistics Agency. Annual report. Selected vital statistics and health status indicators. British Columbia Vital Statistics Agency. Victoria, BC.
13. DiGuseppi C, Edwards P, Godward C, et al. 2000. Urban residential fire and flame injuries: a population based study. *Injury Prevention*. 6(4): 250-4.
14. Cohen I, Garis L, Rajabali F, et al. 2017. Carbon monoxide poisoning. Hospitalizations and deaths in Canada. BC Injury Research and Prevention Unit. Vancouver, BC.
15. Carrière G, Garner R, Sanmartin C. 2018. Social and economic characteristics of those experiencing hospitalizations due to opioid poisonings. *Health Reports*. 29(10): 23-8.
16. Canadian Institute for Health Information. Discharge Abstract Database (DAD) Metadata. Ottawa, ON.

17. Statistics Canada. 2018. Social Data Linkage Environment (SDLE) Methodology Report. Linkage between the DAD (Discharge Abstract Database, 1994 to 2016) and the SDLE Derived Record Depository (versions 13 and 14). Internal Report.
18. Statistics Canada. 2020. Canadian Vital Statistics Death Database.
19. Statistics Canada. 2017. Statistics Canada. Social Data Linkage Environment (SDLE) Methodology Report: Linkage between the Canadian Mortality Database (CMDB 2013-14) and the SDLE Derived Record Depository (version 12). Internal Report. Ottawa, ON.
20. Tjepkema M, Christidis T, Bushnik T, et al. 2019. Cohort profile: The Canadian Census Health and Environment Cohorts (CanCHECs). *Health Rep.* 30(12): 18-26.
21. Statistics Canada. 2011. Policy on record linkage. Ottawa, ON.
22. Iqbal S, Clower Jh Fau - King M, King M Fau - Bell J, et al. National carbon monoxide poisoning surveillance framework and recent estimates. (1468-2877 (Electronic)).
23. George MA, Jin A, Brussoni M, et al. 2015. Injury risk in British Columbia, Canada, 1986 to 2009: are Aboriginal children and youth over-represented? *Inj Epidemiol.* 2(1): 7.
24. Kumar MB, Tjepkema M. 2019. Suicide among First Nations people, Métis and Inuit (2011-2016): Findings from the 2011 Canadian Census Health and Environment Cohort (CanCHEC). Ottawa, ON.
25. Gionet L. 2009. First Nations people: Selected findings of the 2006 Census. Statistics Canada. Ottawa, Ontario.
26. Patrick C. 2014. Aboriginal homelessness in Canada: A literature review. *The Homeless Hub report series*. Canadian Homelessness Research Network Press. Toronto.
27. Statistics Canada. 2008. Incompletely enumerated Indian reserves and Indian settlements. Statistics Canada. Ottawa, Ontario.
28. Indigenous Services Canada. 2020. First Nations profile. [cited 2020 February 4]. Available from: <https://fnp-ppn.aadnc-aandc.gc.ca/fnp/Main/Search/SearchFN.aspx?lang=eng>.
29. Deaths and mortality rates (age standardization using the 2011 population), by selected grouped causes. 2020. Statistics Canada. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310080001>.
30. Discharge Abstract Database, BC Ministry of Health. 2021. Data tables provided by: BC Injury Research and Prevention Unit.