

Portrait général des traumatismes d'origine récréative et sportive au Québec



Claude Goulet, Ph. D.

Direction de la promotion de la sécurité

**Secrétariat
au loisir et au sport**

Québec 

JUILLET 2003

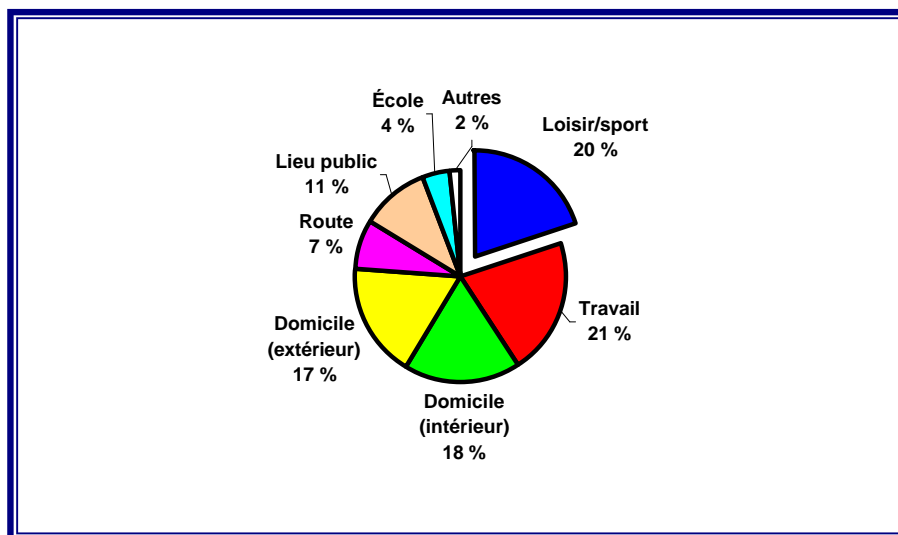
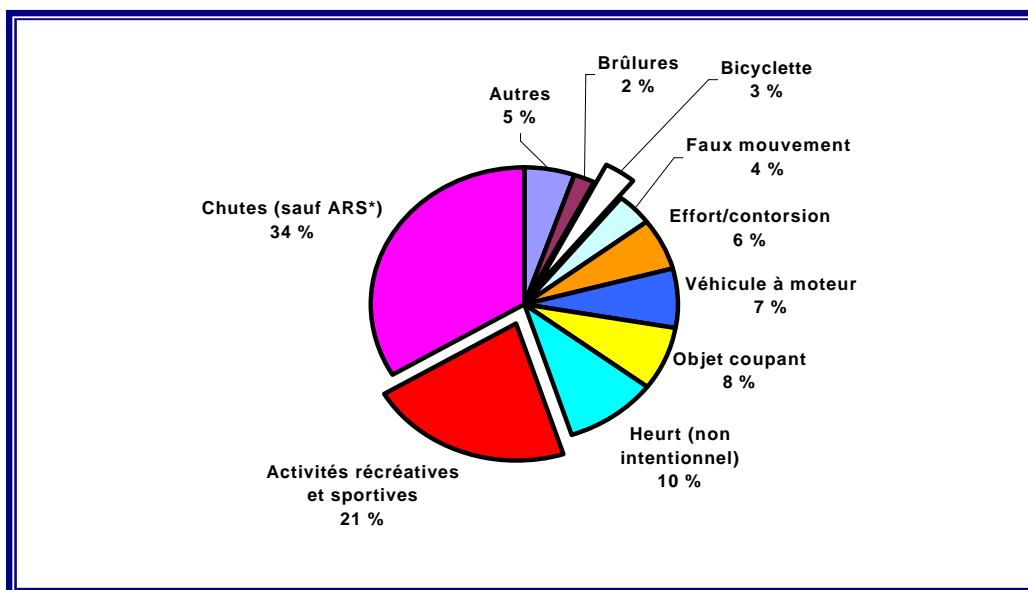
Portrait général des traumatismes d'origine récréative et sportive au Québec

Il a déjà été amplement démontré que l'activité physique peut favoriser une meilleure santé et améliorer la qualité de vie de ceux qui s'y adonnent régulièrement¹. Compte tenu de l'état actuel des connaissances, il est clair que la pratique régulière d'activités physiques constitue un outil de prévention extrêmement intéressant dans une perspective de santé publique. Les bienfaits de la pratique accrue de ces activités s'accompagnent en revanche de risques de blessures. Le but de ce document est de tracer le bilan épidémiologique des traumatismes d'origine récréative et sportive (TORS) au Québec. Dans un premier temps, l'importance relative des TORS parmi l'ensemble des traumatismes non intentionnels est présentée. Par la suite, la problématique propre aux TORS est traitée en fonction de la gravité des blessures, c'est-à-dire en distinguant les blessures qui sont à l'origine d'une consultation d'un professionnel de la santé, de celles qui ont entraîné une hospitalisation ou encore un décès.

PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE

Le phénomène des TORS constitue un problème de santé publique important dans plusieurs pays²⁻⁵, de même qu'au Canada⁶. Au Québec, comparativement aux autres types de traumatismes non intentionnels, les TORS représentent 11 % des hospitalisations⁷ et 12 % des décès⁸. De plus, l'Enquête sociale et de santé 1998 de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) révèle que les blessures qui surviennent dans un lieu de loisir ou de sport sont à l'origine de 20 % des traumatismes qui obligent les gens à limiter leurs activités normales ou à consulter un médecin (graphique 1)⁹. Parmi toutes les circonstances de survenue des blessures décrites dans l'étude de l'ISQ, les activités récréatives et sportives (ARS) viennent au deuxième rang, derrière les chutes (34 %)⁹. Les ARS totalisent 25 % des circonstances lorsque la pratique de la bicyclette est considérée parmi les ARS (graphique 2).

Note : Dans le présent document, la forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

GRAPHIQUE 1**Distribution des blessures selon le lieu de survenue, Québec, 1998****GRAPHIQUE 2****Distribution des blessures selon les circonstances, Québec, 1998**

* ARS : activités récréatives et sportives

Cette étude permet également de faire le rapprochement entre les circonstances de la blessure et le lieu où l'événement est survenu⁹. Notons que cette information est rarement disponible à l'échelle d'une population. Ainsi, la circonstance de blessure la plus fréquente entre 5 et 44 ans est la pratique d'activités récréatives et sportives dans un lieu de loisir et de sport. Ce qui illustre bien l'importance des TORS parmi l'ensemble des traumatismes non intentionnels.

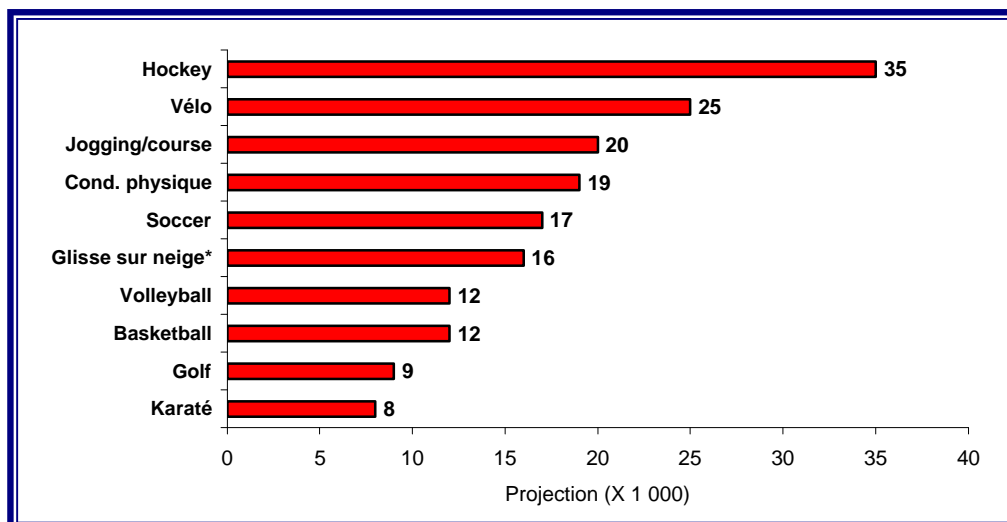
Évidemment, les TORS ne sont pas tous graves : on meurt encore beaucoup plus sur les routes du Québec que sur les terrains de sport et les blessures liées à la route sont en moyenne plus sérieuses que les blessures d'origine sportive¹⁰. Malgré tout, le phénomène est loin d'être négligeable. Un sondage réalisé par le Secrétariat au loisir et au sport permet de constater qu'au cours de l'année 2000, 291 000 résidents du Québec âgés de six ans et plus auraient consulté un professionnel de la santé pour traiter un TORS¹¹. Ainsi, en analysant les indicateurs issus des diverses sources citées précédemment, on peut estimer que pour chaque personne qui décède au cours de la pratique d'une activité récréative ou sportive, 30 sont hospitalisées et 1 600 doivent consulter un professionnel de la santé. L'actualisation des résultats de l'étude de Goulet et de ses collaborateurs permet d'estimer les coûts socio-économiques associés aux TORS à plus de 272 millions de dollars annuellement¹².

CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Comme mentionné précédemment, on estime que 291 000 Québécois de six ans et plus ont consulté un professionnel de la santé pour traiter un TORS au cours de l'année 2000 uniquement¹¹. Le [graphique 3](#) présente les principales activités pratiquées au moment où la blessure est survenue. Parmi celles-ci, on note le hockey, la bicyclette, la course à pied, les activités de conditionnement physique, le soccer et les sports de glisse sur neige (ski alpin, miniski et surf des neiges). Cependant, lorsque l'on tient compte du nombre de participants, le portrait change. En effet, le karaté passe du dixième au premier rang avec un taux de 112,7 blessés/1 000 participants. Le football, le volleyball, le softball, la gymnastique et le vélo de montagne obtiennent aussi un rang plus élevé ([graphique 4](#)). Il convient de souligner que le taux de blessés ne tient pas compte du volume ni de l'intensité de pratique. Pour ce qui est du sexe des victimes, on observe une surmorbidity masculine¹¹. Les hommes ont un taux de blessés 35 % plus élevé que celui des femmes ([graphique 5](#)). On remarque également que les personnes âgées entre 12 et 24 ans constituent le groupe de participants ayant un taux de blessés nettement plus élevé que l'ensemble des blessés ([graphique 5](#)).

GRAPHIQUE 3

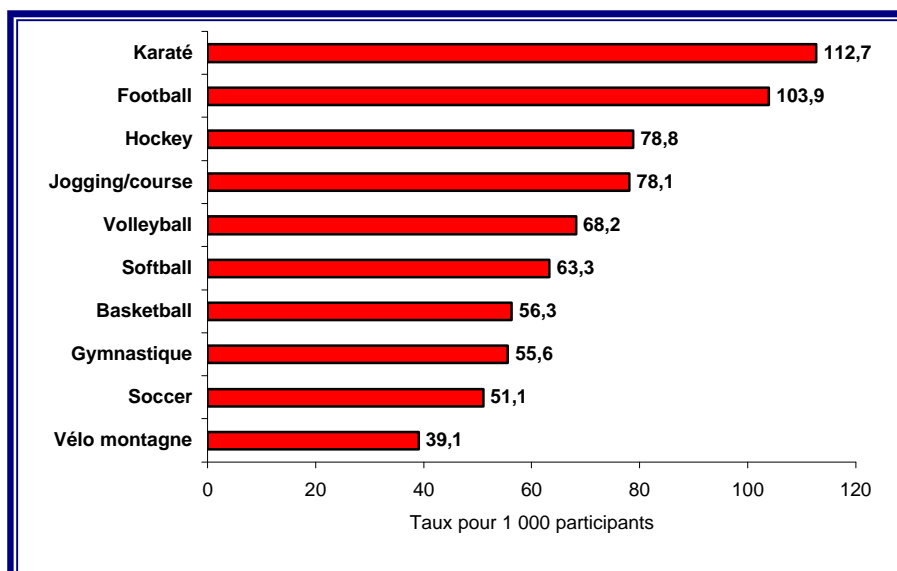
Projection du nombre de personnes ayant consulté un professionnel de la santé pour traiter un TORS selon l'activité, Québec, 1999-2000



* Glisse sur neige inclut le ski alpin, le surf des neiges et le miniski

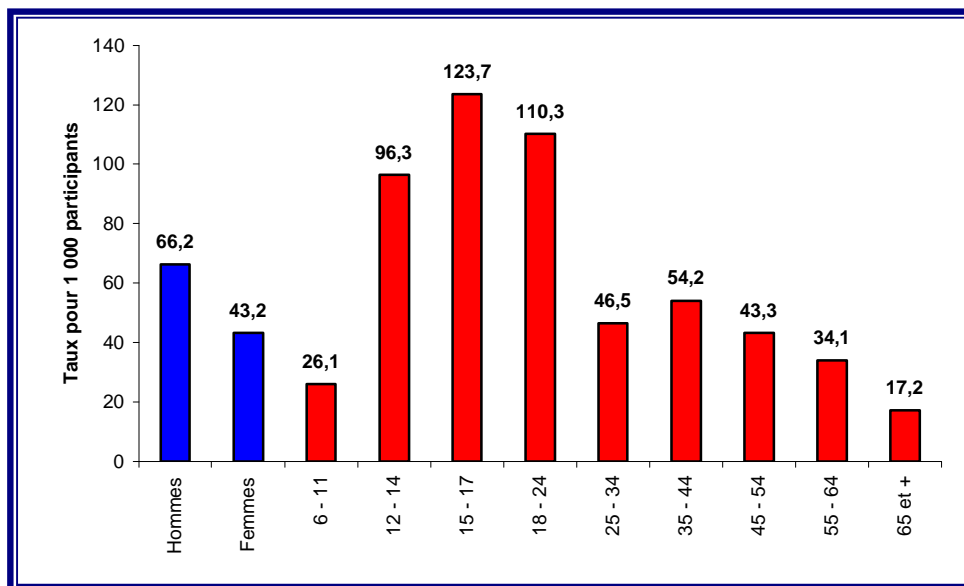
GRAPHIQUE 4

Taux de blessés selon l'activité, Québec, 1999-2000



GRAPHIQUE 5

Taux de blessés selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 1999-2000

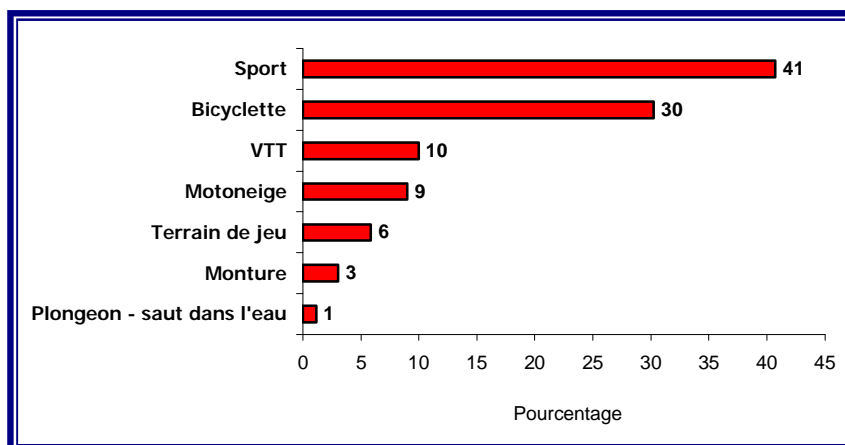


HOSPITALISATIONS

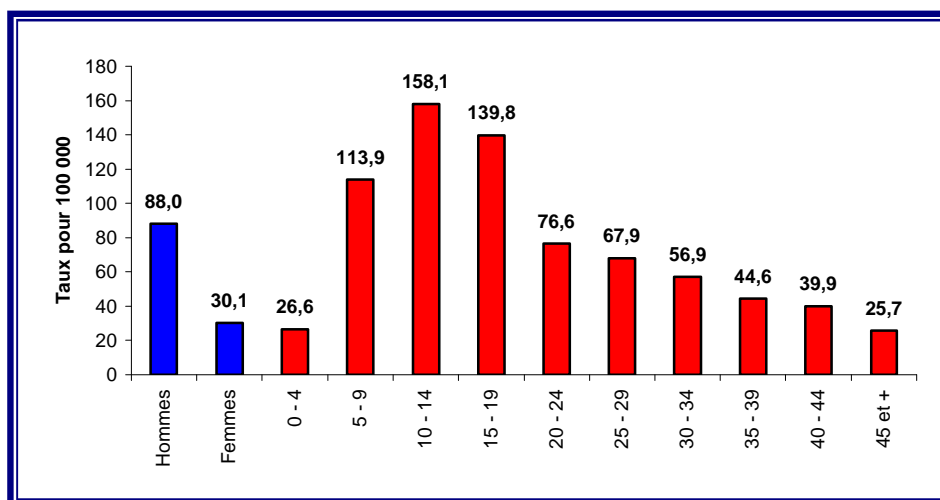
Au Québec, tous les cas de blessures qui nécessitent une hospitalisation sont répertoriés dans le fichier Med-Écho du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le diagnostic et la cause des traumatismes sont catalogués selon la Classification internationale des maladies (CIM)¹³. Or, le code désignant la cause permet, dans une certaine mesure, de répertorier les cas liés aux activités récréatives et sportives. Ainsi, pour les années 1991-1992 à 1998-1999, on a relevé un nombre annuel moyen de 5 123 hospitalisations liées à des TORS⁷. Ceux-ci ont nécessité en moyenne 6,1 jours d'hospitalisation⁷. Le [graphique 6](#) présente la distribution des cas d'hospitalisation selon l'activité pratiquée au moment de la blessure. Les traumatismes les plus fréquents seraient causés par des chutes ou des collisions pendant une activité sportive (41 %) et les traumatismes impliquant un cycliste (30 %). Malheureusement, la CIM ne permet pas de dissocier avec beaucoup de précision les différentes activités sportives. Les hommes ont un taux brut d'hospitalisation 3 fois supérieur à celui des femmes et les personnes âgées entre 10 et 19 ans ont les taux bruts d'hospitalisation les plus élevés ([graphique 7](#))⁷. En ce qui a trait au type de blessure, les hospitalisations pour fracture, sans lésion médullaire et pour traumatisme crânien constituent les deux principales causes d'hospitalisation pour TORS. En fait, ils représentent respectivement 55 % et 20 % des quelques 5 000 cas d'hospitalisation pour TORS répertoriés annuellement⁷.

GRAPHIQUE 6

Distribution des hospitalisations pour TORS selon l'activité, Québec, 1991-1992 à 1998-1999

**Graphique 7**

Taux bruts d'hospitalisation pour TORS selon le groupe d'âge et le sexe, tous types de soins, Québec, de 1991-1992 à 1998-1999

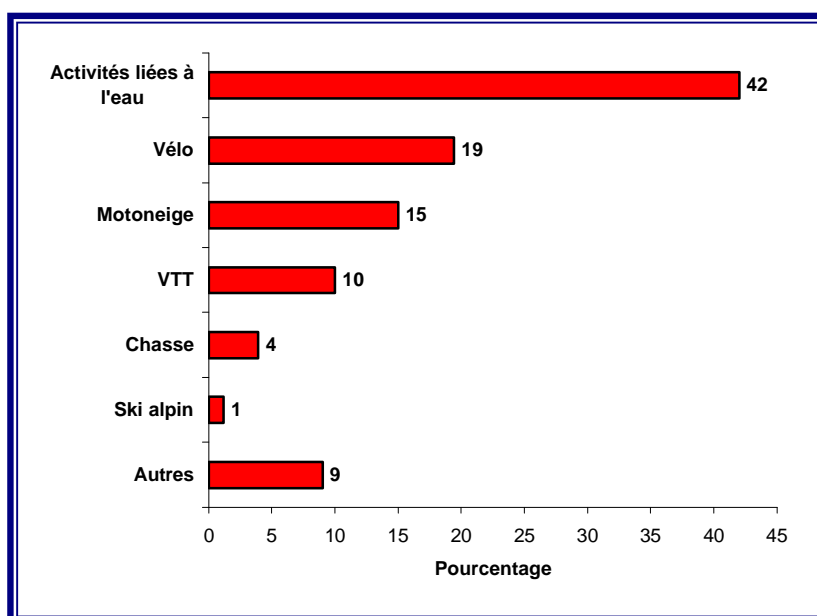


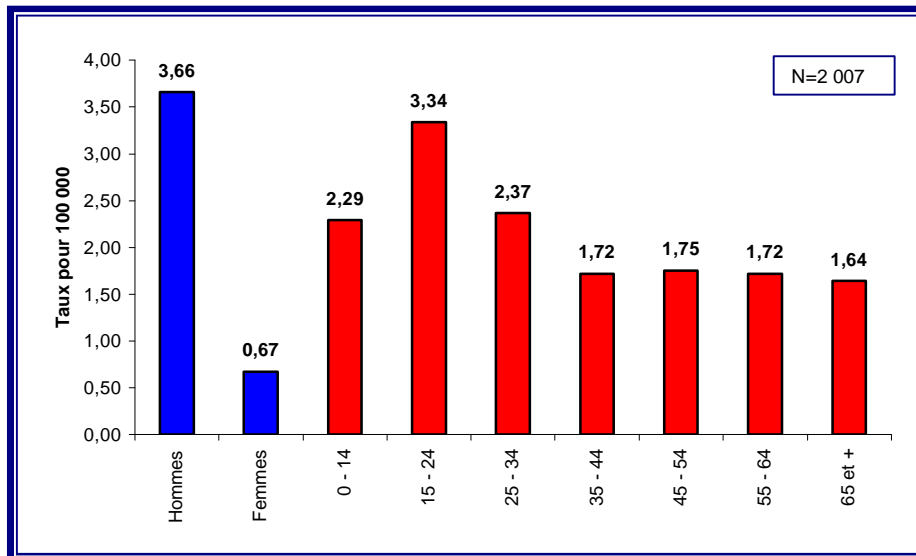
DÉCÈS

De 1990 à 2000, l'analyse des données provenant du Bureau du coroner du Québec a permis de répertorier 2 007 cas de décès associés à la pratique d'activités récréatives et sportives⁸, c'est-à-dire un nombre annuel moyen de décès de 182. Les principales activités sportives ou récréatives pratiquées au moment du décès sont les activités liées à l'eau (42 %), la conduite d'une bicyclette (19 %) et d'une motoneige (15 %) (graphique 8)⁸. Les hommes ont un taux brut de mortalité de plus de 5 fois supérieur à celui des femmes et on observe le taux brut de mortalité le plus élevé chez les personnes âgées entre 15 et 24 ans (graphique 9)⁸.

GRAPHIQUE 8

Distribution des décès par TORS selon l'activité, Québec, 1990 à 2000



GRAPHIQUE 9**Taux bruts de mortalité par TORS selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, de 1990 à 2000**

RÉFÉRENCES

1. U.S. Department of Health and Human Services. 1996. *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
2. Campbell, H., Stone, D. 1996. Preventing sports and leisure injuries: Britain can learn from Québec. *British Medical Journal*, vol. 313, p. 182.
3. Finch, C. 2001. A national approach to promoting safe participation in sport and physical activity. In Simard, C., Thibault, G., Goulet, C., Paré, C., Bilodeau, F. (eds). *Le Sport pour Tous et les politiques gouvernementales/Sport for All and Governmental Policies*. VIII^e Congrès Mondial du Sport pour Tous/VIII World Sport for All Congress. Québec: Sports internationaux de Québec, pp. 499-509.
4. King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C., Harel, Y. 1996. *The Health of Youth: A Cross-National Survey*, WHO Regional Publications, European Series n^o 69.
5. Comité français d'éducation pour la santé. 2000. *La santé en chiffres : accidents de la vie courante*. Paris : Comité français d'éducation pour la santé.
6. Statistique Canada. 1991. *Accidents au Canada. Enquête sociale générale*, Ottawa: ministère des Approvisionnements et Services.
7. Secrétariat au loisir et au sport – Direction de la sécurité. 2001. *Hospitalisations pour blessures liées aux activités récréatives et sportives – Analyse sommaire des données d'hospitalisation du Québec de 1991-1992 à 1998-1999*. Trois-Rivières : Secrétariat au loisir et au sport – Direction de la sécurité.
8. Secrétariat au loisir et au sport – Direction de la promotion de la sécurité (en préparation). *Mortalité associée aux activités récréatives et sportives au Québec – Analyse sommaire des données de décès du Bureau du coroner du Québec de 1990 à 2000*. Trois-Rivières : Secrétariat au loisir et au sport – Direction de la promotion de la sécurité.
9. Robitaille, Y., Bourbeau, R., Damestoy, N., Goulet, C., Pless, B.I. 2000. Accidents avec blessures. Dans *Enquête sociale et de santé 1998* (chapitre 7). Québec : Institut de la statistique du Québec, pp. 311-332.
10. Hamel, D. 2001. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
11. Secrétariat au loisir et au sport – Direction de la sécurité. 2001. *Sondage sur les blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives entre octobre 1999 et septembre 2000*. Trois-Rivières : Secrétariat au loisir et au sport – Direction de la sécurité.

12. Goulet, C., Régnier, G., Sicard, C. 1999. Socio-economic costs of injuries and fatalities resulting from the practice of sports and recreational activities in Quebec. Dans S. Mulder, E.F. van Beek (Eds.), *Measuring the Burden of Injuries*. The Netherlands: European Consumer Safety Association, pp. 41-53.
13. Organisation mondiale de la santé. 1975. *Classification internationale des maladies : révision 1975 (Volume 1)*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

