



Une production du

BiESP

BUREAU D'INFORMATION
ET D'ÉTUDES EN SANTÉ
DES POPULATIONS

Étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec en 2015-2016

RAPPORT

Étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec en 2015-2016

RAPPORT

Bureau d'information et d'études en santé des populations

Mars 2019

AUTEURS

Denis Hamel, coordonnateur scientifique, statisticien
Bertrand Nolin, conseiller scientifique spécialisé, kinésiologue
Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

Benoit Tremblay, responsable de la recherche
Direction de la sécurité dans le loisir et le sport
Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

SOUS LA COORDINATION DE

Valérie Émond, Chef d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

Benoit Tremblay, responsable de la recherche
Direction de la sécurité dans le loisir et le sport
ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

RESPONSABLE DES ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES ET STATISTIQUES

Denis Hamel, coordonnateur scientifique, statisticien
Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATEURS ET COMITÉ DE LECTURE

Mélanie Tessier, technicienne de recherche
Mathieu Gagné, conseiller scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

Pierre Patry, conseiller en promotion de la sécurité et en prévention des traumatismes non intentionnels
Direction générale de la santé publique
ministère de la Santé et des Services sociaux.

Claude Goulet, professeur titulaire
Département d'éducation physique, Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval

AUTRES MEMBRES DU COMITÉ DE LECTURE

Émilie Belley-Ranger, Isabelle Henry et Joanie Trudel, conseillères en sécurité
Direction de la sécurité dans le loisir et le sport
Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

MISE EN PAGE

Nabila Haddouche
Unité surveillance des maladies chroniques et traumatismes
Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

CITATION SUGGÉRÉE

Hamel, D., B. Tremblay et B. Nolin (2019). Étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec en 2015-2016. Institut national de santé publique du Québec. Québec. 73 p.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-83737-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2019)

Table des matières

Liste des tableaux.....	III
Liste des figures.....	V
List des acronymes.....	VII
Faits saillants.....	1
Sommaire.....	3
1 Mise en contexte.....	7
2 Fondements et objectifs de l'étude.....	9
2.1 Fondements de l'étude.....	9
2.2 Objectifs de l'étude.....	11
3 Méthodologie.....	13
3.1 Population cible.....	13
3.2 Base de sondage.....	13
3.3 Plan d'échantillonnage.....	13
3.4 Détermination de la taille d'échantillon.....	15
3.5 Questionnaire.....	16
3.6 Collecte.....	16
3.7 Taux de réponse.....	17
3.8 Pondération.....	18
3.9 Définition de la mesure d'intérêt : la blessure.....	18
3.10 Traitement des données.....	19
3.11 Indicateurs estimés.....	20
3.12 Critère de diffusion des résultats.....	20
4 Résultats.....	21
4.1 Participation à des activités récréatives et sportives en 2015-2016.....	21
4.2 Nombre d'activités pratiquées et niveau d'activité physique de loisir.....	28
4.3 Taux de blessés lors de la pratique d'activités récréatives et sportives.....	30
4.4 Description des blessures.....	39
4.5 Consultation de professionnels de la santé et limitation d'activité.....	46
5 Discussion.....	51
5.1 Des blessures plus fréquentes chez les très actifs.....	52
5.2 Des blessures préoccupantes.....	53
5.3 Comparaisons avec l'édition précédente de l'ÉBARS.....	54
5.4 Changement dans la définition de sévérité des blessures.....	58
5.5 Limites.....	59
6 Conclusion.....	61
7 Références.....	63
8 Tableaux complémentaires.....	67

Annexes

Annexe 1 Niveaux d'activité physique de loisir : document technique

Annexe 2 Questionnaires

Les annexes de ce document sont disponibles à l'adresse suivante :

www.inspq.qc.ca/publications/2525.

Liste des tableaux

Tableau 1	Répartition de l'échantillon de ménages selon les trois strates géographiques, ÉBARS, 2015-2016	14
Tableau 2	Composition des ménages répondants, ÉBARS, 2015-2016	15
Tableau 3	Taux de réponse des ménages et des personnes selon les bases de sondage et les strates géographiques, ÉBARS, 2015-2016	17
Tableau 4	Nombre estimé et proportion de personnes disant avoir participé à au moins une activité récréative ou sportive au cours de l'année, selon l'âge et le sexe, Québec, 2015-2016	21
Tableau 5	Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 6 à 74 ans, Québec, 2015-2016	24
Tableau 6	Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année selon le sexe, population âgée de 6 à 74 ans, Québec, 2015-2016	25
Tableau 7	Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année selon l'âge, population âgée de 6 à 74 ans, Québec, 2015-2016.....	26
Tableau 8	Nombre moyen d'activités récréatives et sportives pratiquées selon la fréquence, l'âge et le sexe, Québec, 2015-2016	28
Tableau 9	Distribution (%) des niveaux d'activité physique de loisir selon l'âge et le sexe, population âgée de 6 à 74 ans, Québec, 2015-2016.	29
Tableau 10	Nombre et taux global de blessés au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives selon le sexe et l'âge, Québec, 2015-2016.....	30
Tableau 11	Nombre et taux global de blessés au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives, selon la région de résidence, le sexe et l'âge, Québec, 2015-2016	33
Tableau 12	Nombre et taux estimés de blessés pour chacune des activités récréatives et sportives retenues dans l'étude, selon la fréquence, Québec, 2015-2016	35
Tableau 13	Nombre et taux estimés de blessés pour chacune des activités récréatives et sportives retenues dans l'étude, selon le sexe, Québec, 2015-2016.....	36
Tableau 14	Nombre et taux estimés de blessés pour les activités récréatives et sportives les plus à risque chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans, Québec, 2015-2016	37
Tableau 15	Nombre et taux estimés de blessés pour les activités récréatives et sportives les plus à risque chez les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans, Québec, 2015-2016	38
Tableau 16	Nombre et taux estimés de blessés pour les activités récréatives et sportives les plus à risque chez les adultes âgés de 35 à 74 ans, Québec, 2015-2016	39
Tableau 17	Distribution de la nature des blessures et des parties du corps atteintes, Québec, 2015-2016	40
Tableau 18	Nombre et taux global estimés de blessés sévères, proportion des blessures sévères et des parties du corps atteintes parmi l'ensemble des blessures, selon le sexe et l'âge, Québec, 2015-2016	41
Tableau 19	Proportion (%) des blessures sévères et des parties du corps atteintes parmi l'ensemble des blessures, selon l'activité pratiquée, Québec, 2015-2016	44
Tableau 20	Proportion du port du casque chez les blessés et dans la population générale selon certaines activités pratiquées et l'âge, Québec, 2015-2016.....	46
Tableau 21	Proportion de consultations de professionnels de la santé pour la blessure la plus grave, selon le type de professionnel et le sexe, Québec, 2015-2016.....	47

Tableau 22	Proportion de consultations de professionnels de la santé pour la blessure la plus grave, selon le type de professionnel et l'âge, Québec, 2015-2016	47
Tableau 23	Nombre moyen et médian de consultations de professionnels de la santé pour la blessure la plus grave, selon le type de spécialiste et l'âge, Québec, 2015-2016	48
Tableau 24	Proportion (%) de gens ayant mentionné des limitations d'activités et nombre de jours moyen et médian de limitation d'activité (totale, au travail et dans les activités récréatives et sportives) pour la blessure la plus grave, selon le sexe et l'âge, Québec, 2015-2016	49
Tableau 25	Comparaison de la popularité des activités récréatives et sportives, au Québec, pratiquées au moins une fois durant l'année pour les éditions de 2009-2010 et 2015-2016 de l'ÉBARS.....	55
Tableau 26	Nombre et taux global de blessés au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives, selon le sexe et l'âge, Québec, pour les éditions de 2009-2010 et 2015- 2016 de l'ÉBARS.....	56
Tableau 27	Nombre et taux de blessés pour chacune des activités récréatives et sportives retenues, Québec, pour les éditions de 2009-2010 et 2015-2016 de l'ÉBARS	57
Tableau 28	Nombre et taux global de blessés sévères au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives selon deux définitions de sévérité des blessures, le sexe et l'âge, Québec, 2015-2016	58
Tableau 29	Proportion de personnes disant avoir participé à au moins une activité récréative ou sportive au cours de l'année, selon le niveau de scolarité, le revenu du ménage et la région de résidence, Québec, 2015-2016.....	69
Tableau 30	Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 6 à 11 ans, Québec, 2015-2016	70
Tableau 31	Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 12 à 17 ans, Québec, 2015-16	71
Tableau 32	Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 18 à 24 ans, Québec, 2015-16	72
Tableau 33	Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 25 à 34 ans, Québec, 2015-2016	73
Tableau 34	Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 35 à 74 ans, Québec, 2015-2016	74
Tableau 35	Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 6 à 74 ans selon la région, Québec, 2015-2016	75
Tableau 36	Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 18 à 74 ans selon la scolarité, Québec, 2015-2016	76
Tableau 37	Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 18 à 74 ans selon le revenu du ménage, Québec, 2015-2016.....	77
Tableau 38	Nombre et taux de blessés pour chaque activité récréative ou sportive selon la région de résidence, Québec, 2015-2016.....	78
Tableau 39	Taux de blessés pour chaque activité récréative ou sportive selon la scolarité, population âgée de 18 à 74 ans, Québec, 2015-2016.....	79
Tableau 40	Taux de blessés pour chaque activité récréative ou sportive selon le revenu du ménage, population âgée de 18 à 74 ans, Québec, 2015-2016.....	79

Liste des figures

Figure 1	Pyramide des effets des blessures sur le système de santé.....	10
Figure 2	Taux global de blessés au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives, selon la scolarité et le revenu du ménage, Québec, 2015-2016	31
Figure 3	Taux global de blessés au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives, selon le niveau d'activité physique de loisir (APL), Québec, 2015-2016	32
Figure 4	Taux global de blessés sévères au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives selon deux définitions de sévérité, la scolarité et le revenu du ménage chez les adultes (18 à 74 ans), Québec, 2015-2016.....	42
Figure 5	Taux global de blessés sévères au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives, selon le niveau d'activité physique de loisir, Québec, 2015-2016.....	43

List des acronymes

APL	Activité physique de loisir
ASPPT	Approche de santé publique en prévention des traumatismes
BIESP	Bureau d'information et d'études en santé des populations de l'Institut national de santé publique du Québec
CV	Coefficient de variation
DSLS	Direction de la sécurité dans le loisir et le sport
ÉBARS	Étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
GEE	Generalized equation estimation
IC	Intervalle de confiance
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
RMR	Région métropolitaine de recensement
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
TORS	Traumatismes d'origine récréative et sportive
VFI	Veste de flottaison individuelle
VTT	Véhicule tout terrain (quad)

Faits saillants

L'activité physique apporte son lot de bienfaits sur la santé des gens, mais comporte également des risques de blessures si elle n'est pas pratiquée dans un contexte sécuritaire. Le but de cette étude est de mesurer l'ampleur des blessures liées à la pratique d'activités récréatives et sportives durant les temps libres. Les blessures doivent être assez importantes pour nécessiter la consultation d'un professionnel de la santé. Les blessures sévères, quant à elles, sont définies en fonction de leur nature et comprennent les fractures, les dislocations, les commotions ou autres traumatismes cérébraux, les lésions aux organes internes et les blessures multiples. Une vaste enquête menée d'avril 2015 à juillet 2016 auprès d'un échantillon de plus de 9 000 répondants québécois âgés de 6 à 74 ans a permis de broser un portrait complet de ces blessures dans la population québécoise.

En 2015-2016 :

- Près de 93 % des Québécois âgés de 6 à 74 ans ont mentionné avoir pratiqué au moins une activité récréative ou sportive au cours des 12 mois précédant l'entrevue.
- Trois activités sont pratiquées par plus de la moitié de la population totale visée par l'étude : la marche à des fins d'exercice (67 %), la natation – baignade (53 %) et le vélo (50 %).
- L'incidence annuelle est estimée à 152 blessés par 1 000 participants à au moins une activité physique. Cela représente plus d'un million de personnes blessées annuellement qui ont consulté un professionnel de la santé, dont plus de 300 000 personnes pour une blessure jugée sévère.
- La proportion de blessures sévères représente plus d'une blessure sur quatre (28 %).
- Les consultations d'un professionnel de la santé sont principalement sollicitées pour traiter les inflammations ligamentaires (50,9 %), les fractures (12,2 %) et les claquages musculaires (12,3 %).
- Chez les personnes blessées, les limitations d'activités quotidiennes, comme le travail et les études, durent en moyenne 30 jours, avec une durée médiane de 10 jours. Parmi les personnes plus à risque de blessure figurent les hommes, dans l'ensemble, ainsi que les 12 à 17 ans et les 18 à 24 ans, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.
- Les activités jugées plus à risque de blessure, qui obtiennent des taux de blessés supérieurs à 75 blessés par 1 000 participants, impliquent davantage les sports où les contacts physiques sont fréquents (sports de combat, football, hockey sur glace) et ceux de nature acrobatique comme la gymnastique et le cheerleading.
- Dans cette étude qui mesure seulement l'activité physique pratiquée durant les temps libres, plus de la moitié des jeunes de 6 à 17 ans et près du tiers des adultes de 18 à 74 ans sont en deçà du volume hebdomadaire recommandé par l'Organisation mondiale de la santé en 2010.
- Les adultes dont le niveau d'activité physique *dépasse* l'équivalent énergétique de 60 minutes par jour de marche rapide, sept jours par semaine, ont un taux de blessés deux fois plus élevé que ceux se situant entre 30 et 60 minutes par jour.
- Les jeunes dont le niveau d'activité physique *dépasse* l'équivalent énergétique de 90 minutes par jour de marche rapide, sept jours par semaine, ont un taux de blessés deux fois plus élevé que ceux se situant entre 60 et 90 minutes par jour.

Il importe de garder en tête que les bienfaits de l'activité physique sont supérieurs au risque de blessure et que la promotion de la sécurité doit être considérée comme une alliée incontournable et complémentaire de la promotion d'un mode de vie physiquement actif.

Sommaire

Mise en contexte

Il a déjà été amplement démontré que l'activité physique favorise une meilleure santé et améliore la qualité de vie de ceux qui s'y adonnent régulièrement. Les bienfaits de la pratique de ces activités s'accompagnent toutefois d'un risque de blessure. Dans une perspective de planification des activités de prévention des blessures, il est utile de bien connaître les principales activités à l'origine des consultations d'un professionnel de la santé, ainsi que des caractéristiques des personnes blessées. Or, il n'existe pas de système de surveillance qui tente de recueillir les blessures ayant nécessité la consultation d'un professionnel de la santé au Québec. Une étude comme celle-ci, effectuée à intervalles réguliers, permet de suivre l'évolution de ces blessures.

But de l'étude

Le but principal de cette étude est d'estimer l'incidence des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec selon l'activité pratiquée au moment de la survenue de la blessure. L'étude permet donc de mesurer l'ampleur de ce phénomène pour identifier notamment les activités qui génèrent des risques de blessure et une sévérité accrue. Ces informations sont utiles pour planifier des mesures préventives ciblées et mettre en place des projets de promotion de la sécurité dans le loisir et les sports.

Méthodologie de l'étude

À l'instar des autres éditions menées en 2005 et en 2009-2010, la population visée est constituée de l'ensemble des personnes de 6 à 74 ans vivant dans les ménages privés au Québec. La méthode de collecte privilégiée pour joindre les ménages de la population cible est l'entrevue téléphonique assistée par ordinateur ou l'usage d'un questionnaire auto-administré en ligne. La collecte a été confiée à la firme SOM et s'est échelonnée du 19 avril au 8 juillet 2016. Les questions sur la pratique de plus de 20 activités ainsi que sur les blessures se rapportent aux 12 mois précédant l'entrevue, soit les six derniers mois de 2015 et les six premiers de 2016, chevauchant ainsi les années 2015-2016.

Il a fallu recourir à la participation d'au moins 9 000 ménages afin d'obtenir un nombre assez important de personnes dans la population qui se sont blessées en pratiquant une activité récréative ou sportive. Des statistiques du recensement canadien de 2011 et les résultats de l'étude de 2009-2010 ont servi de base à la détermination de la taille de l'échantillon minimal, le but étant d'obtenir de l'information sur au moins 380 blessés chez les jeunes de 6 à 17 ans.

Pour bien couvrir la population cible, en particulier les jeunes, la firme de sondage mandatée pour cette étude a eu recours à trois bases de sondage de numéros de téléphone : une pour les téléphones fixes, une seconde pour les téléphones cellulaires et enfin, un panel téléphonique. Ce choix est justifié, car de plus en plus de ménages utilisent seulement des téléphones cellulaires et n'ont pas de téléphone fixe. Ces changements méthodologiques importants ont été apportés pour renforcer la représentativité des jeunes, mais aussi pour améliorer l'efficacité du questionnaire. Finalement, d'autres modifications apportées au questionnaire semblent avoir affecté le portrait de la pratique de 12 des 24 activités retenues lorsqu'on compare les résultats avec l'édition 2009-2010. Le taux de réponse global de l'étude est estimé à 36,5 %.

Les blessures comptabilisées dans cette étude doivent être assez importantes pour nécessiter la consultation d'un professionnel de la santé. Les blessures sévères, quant à elles, sont définies en fonction de leur nature ou d'un transport par ambulance. Les natures des blessures sévères

comprennent les fractures, les dislocations, les commotions ou autres traumatismes cérébraux, les lésions aux organes internes et les blessures multiples.

Participation aux activités récréatives et sportives

En 2015-2016, près de 93 % des Québécois âgés de 6 à 74 ans ont mentionné avoir pratiqué au moins une activité récréative ou sportive au cours des 12 mois précédant l'entrevue. Trois activités sont pratiquées par plus de la moitié de la population totale visée par l'étude : la marche à des fins d'exercice (67 %; 4,8 millions de personnes), la natation – baignade (53 %; 3,8 millions de personnes) et le vélo (50 %; 3,6 millions de personnes). D'autres activités de pratique individuelle comme le conditionnement physique, la course à pied – jogging et le patinage sur glace obtiennent des proportions de participation autour de 33 %, ce qui représente plus de deux millions d'adeptes de 6 à 74 ans.

Nombre et taux de blessés et limitation d'activités quotidiennes

Avec une incidence qui avoisine les 152 blessés par 1 000 participants – ce qui représente plus d'un million de blessés, dont plus de 300 000 pour une blessure jugée sévère – ces résultats suggèrent que l'on doit poursuivre les efforts de promotion de la sécurité. La participation aux activités récréatives et sportives est plus élevée en 2015-2016 à cause, entre autres, d'une méthodologie d'enquête améliorée. Les taux globaux de blessés le sont tout autant avec une hausse de près de 37 % observée par rapport à l'édition antérieure. Chez les personnes blessées, les limitations d'activités quotidiennes, comme le travail et les études, durent 30 jours en moyenne (médiane de 10 jours). La promotion de la sécurité s'avère donc un élément essentiel et complémentaire à la promotion d'un mode de vie physiquement actif.

Groupes de personnes et d'activités à risque plus élevé de blessure

Parmi les personnes plus à risque de blessure figurent les hommes, dans l'ensemble, ainsi que les personnes âgées de 12 à 17 ans et de 18 à 24 ans, aussi bien chez les hommes que les femmes. Ces personnes sont également plus actives physiquement. Les activités jugées plus à risque de blessure, qui obtiennent des taux de blessés supérieurs à 75 blessés par 1 000 participants, impliquent davantage les sports où les contacts physiques sont fréquents (sports de combat, football, hockey sur glace) et ceux de nature acrobatique comme la gymnastique et le cheerleading. Un deuxième groupe d'activités constitué de la course à pied – jogging et du conditionnement physique présente un nombre de blessés supérieurs à 100 000 personnes et un taux de blessés supérieur à 50 par 1 000 participants. Suit le groupe d'activités présentant des taux passablement élevés de blessés (toujours supérieurs à 50 par 1 000 participants mais comptant moins de 100 000 blessés), dont font partie la planche à neige, le soccer et le ski alpin.

Enfin, la marche à des fins d'exercice et le vélo sont dignes de mention, car bien que ces activités affichent un faible taux de blessés comparativement aux autres activités retenues (21 par 1 000 participants), on compte plus de 75 000 personnes blessées. Ce nombre de personnes blessées est directement lié à la participation très élevée à ces activités (4,8 millions d'adeptes pour la marche à des fins d'exercice et 3,6 millions d'adeptes pour le vélo).

Type de blessure et de professionnel de la santé consulté

Les consultations d'un professionnel de la santé sont principalement demandées pour traiter des inflammations ligamentaires (50,9 %). Viennent ensuite les fractures (12,2 %), les claquages musculaires (12,3 %) ainsi que les commotions cérébrales et les autres traumatismes cérébraux (5,8 %). La proportion de blessures sévères représente plus d'une blessure sur quatre (28 %).

Les résultats portant sur les consultations de quatre grands groupes de professionnels de la santé démontrent que plus de la moitié (58 %) des blessés déclare avoir consulté des médecins généralistes pour leur blessure la plus grave. Cela représente environ 585 000 personnes âgées de 6 à 74 ans. Le deuxième groupe de professionnels de la santé le plus sollicité, avec une proportion globale de près de 50 %, comprend les chiropraticiens, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Les répondants ont également déclaré consulter en grand nombre d'autres professionnels de la santé (25 %) tels les infirmières ou les intervenants en médecine douce.

Niveaux d'activités de loisir et risque de blessure

Au Québec, plusieurs actions identifiées dans les politiques gouvernementales et les mouvements associatifs visent à accroître le niveau d'activité physique de la population. Dans cette étude, même si on a fait des gains importants au cours des dernières décennies (Nolin et Hamel, 2008; Joubert et Baraldi, 2016), on observe que plus de la moitié des jeunes de 6 à 17 ans et près du tiers des adultes de 18 à 74 ans sont en deçà des niveaux d'activité physique recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010). Ce résultat, cependant, tient compte seulement de l'activité physique pratiquée durant les temps libres. Afin de minimiser le risque de blessure chez ces clientèles peu ou pas actives, il est recommandé d'augmenter graduellement le volume (fréquence, durée et intensité) de pratique hebdomadaire et de choisir des activités avec un potentiel de risque moins élevé (USDHHS, 2018; OMS, 2010).

Pour ceux et celles se situant à l'autre bout du continuum (niveau « Très actifs »), on observe des taux de blessés deux fois plus élevés que chez le niveau « Actifs ». Si l'objectif premier est la santé, et non la performance, il est important de souligner que l'atteinte du niveau « Actifs¹ » permet d'obtenir la vaste majorité (sinon la totalité) des objectifs de santé (Lee et autres, 2018; Ekelund et autres, 2018; OMS, 2010).

Conclusion

Cette étude permet d'identifier plusieurs éléments comme les groupes de personnes et les activités les plus à risque de blessure, ce qui permettra de mieux cibler les mesures préventives à mettre en place. Ces interventions devraient permettre d'optimiser les effets bénéfiques des activités récréatives et sportives. Pour ceux et celles dont l'objectif principal est la performance, la prudence s'impose, car des charges d'entraînement plus élevées amplifient le risque de blessure. Éviter les excès ou l'augmentation trop rapide du volume (de la charge) d'entraînement, varier le type d'activité pratiquée, utiliser des programmes d'entraînement bien adaptés à ses capacités personnelles et développer les qualités physiques liées spécifiquement à l'activité pratiquée auront pour effet de diminuer le risque de blessure. Il faut garder à l'esprit que malgré les résultats présentés ci-dessus, les bienfaits de l'activité physique sont supérieurs au risque de blessure (WHO, 2018) et que la promotion de la sécurité doit être considérée comme une alliée incontournable et complémentaire de la promotion d'un mode de vie physiquement actif.

¹ Niveau « Actif » : exemple avec l'activité « Marche rapide ». Pour les 18 ans et plus : entre 30 et 60 minutes par jour, 7 jours par semaine. Pour les 6 à 17 ans : entre 60 et 90 minutes par jour, 7 jours par semaine). Une activité d'intensité plus élevée (exemple : Jogging) permet d'atteindre la même dépense énergétique avec des durées et/ou des fréquences moins élevées (pour plus de détails, voir l'annexe 1).

Partenaires de l'étude

La Direction de la sécurité dans le loisir et le sport (DSLSS) du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) est responsable de l'application de la Loi sur la sécurité dans les sports. En vertu de celle-ci, un des mandats de la DSLSS est de veiller à ce que la sécurité et l'intégrité des personnes soient assurées à l'occasion de la pratique d'activités de loisir et de sport. Cette étude est aussi réalisée en lien avec le mandat que confère la Loi sur la sécurité dans les sports : « ...Le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport (...) a, notamment, pour fonctions d'effectuer ou faire effectuer des études et des recherches sur la sécurité dans les sports... » (Extrait de la Loi sur la sécurité dans les sports, chapitre S-3.1, section II, article 20).

Le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Son objectif est de faire progresser les connaissances et de proposer des stratégies et des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.

L'étude a été réalisée conjointement par la DSLSS et le BIESP. À la demande du MEES, l'INSPQ était responsable de l'élaboration de la méthodologie et de l'analyse statistique des données. L'interprétation des résultats et la rédaction du rapport final ont été réalisées conjointement par la DSLSS et le BIESP.

La Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a contribué professionnellement (comité de suivi et relecture de l'étude) et financièrement, comme le MEES, à la réalisation de l'étude. Ce projet répond au mandat du MSSS de mettre en place des mesures de surveillance des TORS au Québec.

1 Mise en contexte

Les bienfaits de l'activité physique sur les plans physique et psychologique sont très nombreux (PAGAC, 2018; Tremblay et autres, 2016; OMS, 2010; Penedo et Dahn, 2005). Toutefois, la pratique des activités récréatives et sportives peut être contrainte à des enjeux de sécurité et engendrer des blessures dont l'ampleur peut être considérable. L'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) révèle qu'en 2014-2015, 39 % des répondants ayant rapporté des blessures non intentionnelles² se sont blessés lors de la pratique d'un sport ou d'un exercice physique³, cela incluant les activités pratiquées dans un contexte scolaire (Camirand et autres, 2016). Lorsqu'on projette ces résultats à l'ensemble de la population québécoise, c'est plus de 5 % des personnes âgées de 15 ans et plus qui ont subi un traumatisme non intentionnel dans un contexte de pratique d'un sport ou d'un exercice physique.

Au Québec, en 2009, les traumatismes d'origine récréative et sportive (TORS) touchaient plus de 671 000 personnes ayant consulté un professionnel de la santé, 7 700 hospitalisations⁴ et 121 décès (Tremblay, Dufresne et Goulet, 2015). À titre comparatif, pour la même période, les divers incidents routiers ayant fait l'objet d'une réclamation à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) représentaient 40 814 blessures légères, 2 253 hospitalisations⁵ et 515 décès (SAAQ, 2010). Les traumatismes routiers causent plus de décès (4 fois plus), mais le nombre de personnes touchées par les TORS est beaucoup plus élevé (16 fois plus) et amène plus d'hospitalisations (3 fois plus).

Sur le plan personnel, outre les douleurs et les inconforts, un TORS peut être assez sévère pour nécessiter une intervention médicale, causer une période d'inactivité qui limite la personne dans ses activités quotidiennes, ou même, contraindre la personne à abandonner l'activité par crainte de subir une autre blessure. Ces inconvénients entraînent une perte, à tout le moins momentanée, des bénéfices de la pratique d'activités récréatives et sportives.

Les TORS sont aussi responsables d'importants coûts socioéconomiques, car ils créent une pression sur le système de soins de santé, et les limitations des activités quotidiennes qui en découlent se traduisent par une perte conséquente de productivité (Oztürk & Kılıç, 2013). Au Québec, à partir des TORS dénombrés en 2009, on estimait les coûts socioéconomiques à 1,2 milliard de dollars en soins de santé et en perte de productivité sur une base annuelle (Tremblay et autres, 2015). Les coûts directs (soins de santé) et indirects (perte de productivité) d'une blessure étaient estimés en moyenne à 1 602 \$ et ceux d'un décès à un peu plus de 610 000 \$ (Tremblay et autres, 2015).

Parce qu'ils réduisent la pratique de l'activité physique, les TORS nuisent aussi aux efforts de promotion d'un mode de vie physiquement actif. Ils peuvent générer une méfiance du public à l'égard d'une ou plusieurs activités ou donner une « mauvaise presse » à certaines d'entre elles. Les effets néfastes de la sédentarité au Québec, comme ailleurs dans le monde, entraînent des coûts socioéconomiques élevés (PAGAC, 2018). Diverses tentatives ont été faites pour en estimer le coût au Canada (Katzmarzyk & Janssen, 2004) et au Québec (Diobri Gestion Marketing, 2010), mais la difficulté de bien identifier la proportion de la population à risque limite la fiabilité de ces estimés. De plus, certains bénéfices (exemples : meilleure santé cognitive, meilleure qualité du sommeil, diminution des symptômes d'anxiété et de dépression) sont difficilement quantifiables monétairement (PAGAC, 2018). Dans l'ensemble, il est donc généralement admis que les bénéfices de l'activité physique sont supérieurs aux risques qui lui sont associés. À titre d'exemple, l'Organisation mondiale

² Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.

³ Chez une population de 15 ans et plus, excluant les blessures attribuables à des mouvements répétitifs.

⁴ Incluant les hospitalisations pour des soins physiques de courte durée, de longue durée et les chirurgies d'un jour.

⁵ Appelées blessures graves dans le rapport.

de la santé considère que l'activité physique contribue à l'atteinte de 13 des 17 objectifs de développement durable (WHO, 2018) adoptés par l'Assemblée générale des Nations-Unies en septembre 2015.

À la lumière des impacts personnels et socioéconomiques des TORS et de la période d'inactivité physique qu'ils amènent, la promotion de la sécurité doit être considérée comme un élément essentiel, complémentaire et indissociable de la promotion d'un mode de vie physiquement actif. Il importe donc de suivre l'évolution du phénomène des TORS pour mieux identifier les problèmes et mieux planifier les mesures préventives (activités de promotion de la sécurité). Ces interventions ont pour but de contribuer à diminuer le nombre et la sévérité des blessures et, par le même fait, à optimiser les bienfaits des activités récréatives et sportives sur les plans personnel, social et économique.

L'ÉBARS 2015-2016 vise ainsi à mesurer l'ampleur des TORS quant aux blessures ayant nécessité la consultation d'un professionnel de la santé⁶ et à documenter la participation aux activités récréatives et sportives. Également, l'étude vise à identifier les facteurs de risque associés à ces blessures. Elle s'inscrit donc dans la même lignée que les éditions antérieures (2004 et en 2009-2010).

La prochaine section du rapport présente les fondements de l'étude en lien avec l'approche de santé publique (prévention des traumatismes et principaux concepts abordés) ainsi que les principaux objectifs de l'étude. La troisième partie décrit les éléments méthodologiques essentiels à une bonne interprétation des résultats. La quatrième section fournit une description détaillée des résultats. Finalement, la discussion (section 5) et la conclusion viennent compléter le texte.

⁶ Cela inclut la consultation d'un médecin généraliste, médecin spécialisé en médecine du sport, autre médecin spécialiste, chiropraticien, ergothérapeute, physiothérapeute ou un autre type de professionnel de la santé comme les infirmières.

2 Fondements et objectifs de l'étude

2.1 Fondements de l'étude

Le cadre théorique sur lequel s'appuie l'ÉBARS est en concordance avec l'approche de santé publique en prévention des traumatismes (ASPPT). Ce dernier se décline en quatre grandes étapes (CDCP, 2010) :

- documenter le problème, entre autres, par la collecte de données sur les blessures;
- déterminer les facteurs de risque et les causes des blessures;
- élaborer et tester des interventions par la recherche ou le déploiement de mesures préventives efficaces;
- mettre en place des interventions efficaces par des actions de promotion de la sécurité.

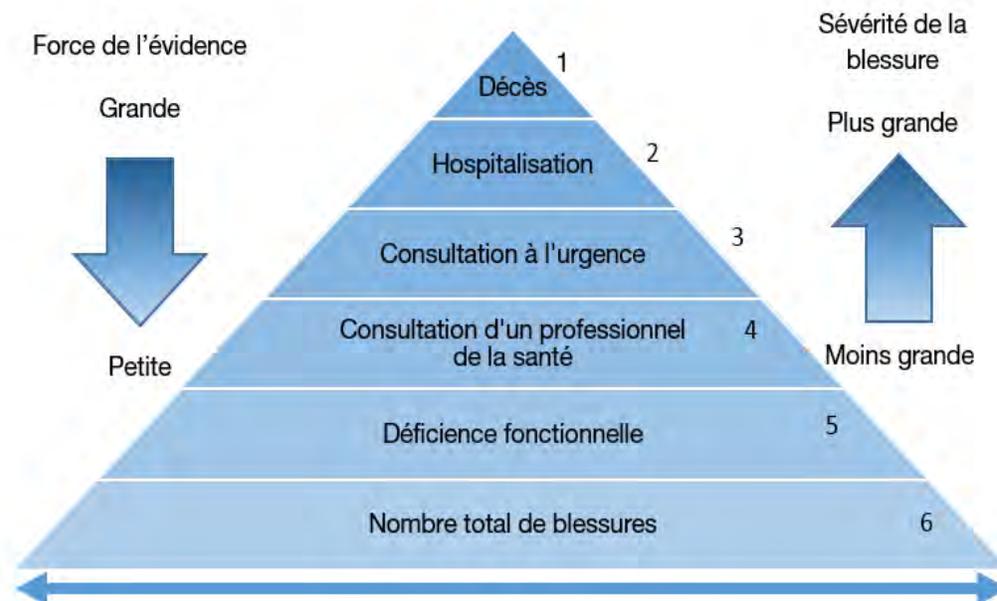
Les perspectives de cette approche sont en étroite relation avec les objectifs de cette étude et, plus particulièrement, sur les deux premières étapes du modèle. La première étape s'articule donc sur la définition de blessure préconisée et les méthodes utilisées en épidémiologie pour mesurer l'ampleur d'un phénomène de santé publique. La deuxième étape s'inspire des principes reliés à l'étiologie des blessures et vise à mettre en lumière les facteurs de risque et les causes qui ont mené à ces dernières.

Mesurer l'ampleur du phénomène

Puisque la première étape de l'ASPPT consiste à documenter le problème à l'aide de données issues de la surveillance des blessures (ou d'une nouvelle collecte de données), il importe de choisir dès le départ la ou les définitions de blessure qui seront utilisées pour d'éventuelles analyses. Ce choix sera déterminant pour indiquer ce qui a été identifié comme un cas à l'étude et, à l'inverse, ce qui a été exclu des cas retenus. Pour déterminer ce choix, deux options sont disponibles : 1) utiliser une définition de blessure à partir de données existantes ou, 2) déterminer précisément les cas qui seront retenus et concevoir un outil de collecte en lien direct avec cette définition (Sahai, Ward, Zmijowskyj & Rowe, 2005).

Afin d'illustrer la gravité des blessures, une pyramide est couramment utilisée en santé publique à partir des sources de données de mortalité et de morbidité sur les blessures (figure 1) :

Figure 1 Pyramide des effets des traumatismes sur le système de santé



Adapté de Sahai et collab., 2005.

Cette pyramide permet de mettre en perspective la taille de la population qui est affectée par un problème de santé selon la sévérité des blessures subies. Au sommet de la pyramide figurent les décès, les hospitalisations et les consultations à l'urgence provenant principalement de bases de données administratives sur la santé des populations. Ces issues de santé sont considérées comme sévères. Par contre, cela a pour effet de sous-estimer la taille du problème de santé (Sahai et autres, 2005). En 1963, l'épidémiologiste canadien John Last avait comparé cet effet à un iceberg où les décès et les hospitalisations sont très bien documentés (donc visibles), mais qu'une partie du phénomène étudié reste submergé (donc invisible). Ce sont les données situées à la base de cette pyramide, où se trouvent les personnes ayant subi des blessures moins sévères, qui sont plus difficiles à quantifier. Pour mesurer l'ensemble des blessures, des enquêtes populationnelles deviennent incontournables.

L'étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives (ÉBARS) au Québec vise donc à compléter le portrait de la surveillance des traumatismes d'origine récréative et sportive (TORS) et s'inscrit dans la suite des études de ce type réalisées depuis 1999 au Québec par l'INSPQ et la DSLS. En effet, une grande majorité des personnes blessées lors de la pratique de telles activités ne se trouve pas répertoriée dans les banques de données administratives de santé tels les fichiers des décès et des hospitalisations (MED-Écho), les données sur les consultations à l'urgence et partiellement mesurées dans les autres enquêtes de santé. Ainsi, il est difficile d'obtenir un bilan plus complet de la situation des TORS au Québec sans une telle étude par sondage de grande envergure.

Définition d'une blessure

Afin de mesurer l'ampleur et l'évolution d'un phénomène de santé publique comme celui des TORS, il importe de définir et de préciser ce qu'on entend par une blessure. Selon Beaulne, une blessure peut être définie comme une «lésion corporelle résultant d'un transfert d'énergie dont l'intensité ou la nature ne peut être tolérée par le corps humain. Cette énergie peut être de nature mécanique (p. ex., impact d'une chute), thermique (p. ex., brûlure), chimique, électrique ou de radiation» (Beaulne, 1997). L'absence soudaine d'une source d'énergie essentielle ou d'un élément vital peut aussi causer un traumatisme comme dans le cas d'une noyade ou des engelures. L'intérêt de cette définition est de proposer une cause commune à tous les traumatismes soit, l'énergie.

2.2 Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude sont en lien avec les deux premières étapes de l'approche identifiée précédemment (point 1.1). De manière générale, le but est d'estimer l'Incidence des blessures nécessitant la consultation d'un professionnel de la santé au Québec en 2015-2016, ainsi que certains facteurs de risque qui leur sont associés. Plus spécifiquement, les objectifs se résument comme suit :

- mesurer la participation aux activités récréatives et sportives sélectionnées⁷;
- évaluer le niveau d'activité physique de loisir (APL) des répondants pour l'ensemble des activités;
- estimer la proportion et le taux d'incidence des personnes blessées lors de la pratique récréative et sportive en général et selon :
 - l'activité en cause au moment de la survenue de la blessure;
 - le groupe d'âge et le sexe des participants;
 - la nature des blessures et les parties du corps touchées;
 - la sévérité de la blessure;
 - le niveau d'activité physique de loisir
- comparer les taux de blessés par 1 000 participants selon l'activité, le groupe d'âge et le sexe;
- déterminer les types de professionnels de la santé consultés;
- préciser la durée moyenne de limitation d'activité selon l'activité pratiquée, l'âge et le sexe;
- spécifier, pour certaines activités, le port des équipements protecteurs recommandés lors de la pratique;
- comparer les résultats obtenus en 2015-2016 avec ceux de l'édition précédente en 2009-2010.

L'ÉBARS permet donc de mesurer l'ampleur du phénomène des blessures pour notamment étudier les activités qui génèrent des risques de blessure et une sévérité plus élevés. Cela permet de produire des informations utiles pour planifier des mesures préventives ciblées et de mettre en place des programmes de promotion de la sécurité adaptés.

⁷ Voir la liste d'activités dans le questionnaire présenté à l'annexe 2.

3 Méthodologie

3.1 Population cible

Tout comme pour les autres éditions de cette étude (voir Hamel et Tremblay, 2012), la population visée est constituée de l'ensemble des personnes âgées de 6 à 74 ans vivant dans les ménages privés au Québec et parlant le français ou l'anglais. En sont exclues les personnes vivant dans les régions nordiques (Nord-du-Québec, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Nunavik) et les réserves indiennes ainsi que les membres des Forces armées canadiennes.

3.2 Base de sondage

La méthode de collecte privilégiée pour joindre les ménages de la population-cible est l'entrevue téléphonique. Pour bien couvrir la population-cible, en particulier les jeunes, la firme de sondage SOM⁸ a eu recours à trois bases de sondage de numéros de téléphone : une pour les téléphones fixes; une seconde pour les téléphones cellulaires et enfin, un panel téléphonique constitué par la firme avec les répondants qui ont montré de l'intérêt à participer à différents sondages. Ce choix est justifié pour la simple raison que, maintenant, plusieurs ménages n'utilisent plus de téléphones fixes au profit de téléphones cellulaires (Hu et autres, 2010).

Pour les deux premières bases de sondage d'où proviennent la grande majorité de l'échantillon des répondants, des échanges de numéros de téléphone (combinaisons possibles de numéros de téléphone à l'exception des deux derniers chiffres pour les lignes fixes et des quatre derniers chiffres pour les échanges de cellulaires) ont d'abord été sélectionnés aléatoirement parmi l'ensemble des circonscriptions téléphoniques valides au Québec. Ensuite, pour les lignes fixes, les deux derniers chiffres ont été générés aléatoirement tandis que pour les lignes cellulaires, ce fut les quatre derniers chiffres.

3.3 Plan d'échantillonnage

À défaut de posséder une liste complète des personnes de la population-cible, un plan d'échantillonnage plus complexe de type stratifié proportionnel à deux degrés doit être utilisé : 1) les ménages et les individus pour les téléphones fixes et 2) à un seul degré, l'individu, pour les lignes cellulaires.

D'abord, au premier degré, trois strates de régions sont formées : la région métropolitaine de recensement⁹ (RMR) de Montréal, les autres RMR du Québec et le reste du Québec. Les tailles d'échantillons dans chaque strate sont déterminées selon une répartition proportionnelle à la racine carrée du nombre de ménages compris dans la strate d'après le recensement de 2011. Le tableau 1 présente la distribution de l'échantillon visé et final dans les trois strates. De plus, une autre répartition, celle-là déterminée par la firme de sondage SOM en fonction d'expériences de collecte antérieures, est effectuée selon la base de sondage. Ainsi :

⁸ Pour cette étude, la firme de sondage SOM a été mandatée pour mettre en œuvre le plan d'échantillonnage proposé, pour procéder aux entrevues téléphoniques auprès des répondants et finalement, pour calculer des poids d'enquête afin de pouvoir inférer les résultats de l'échantillon à la population-cible.

⁹ Une région métropolitaine de recensement (RMR) ou une agglomération de recensement (AR) est formée d'une ou de plusieurs municipalités adjacentes situées autour d'un centre de population (aussi appelé le noyau). Une RMR doit avoir une population totale d'au moins 100 000 habitants et son noyau doit compter au moins 50 000 habitants. (Source : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/geo009-fra.cfm>)

- dans la strate de la RMR de Montréal, 60 % de l'échantillon proviennent des lignes fixes et 40 % des lignes cellulaires;
- dans les autres RMR du Québec, 70 % des lignes fixes et 30 % des lignes cellulaires;
- ailleurs au Québec, 80 % des lignes fixes et 20 % des lignes cellulaires.

Des échantillons de numéros de téléphone représentant les ménages pour les lignes fixes et les individus pour les lignes cellulaires sont sélectionnés des bases de sondages téléphoniques correspondantes et de manière indépendante dans chacune des strates.

Tableau 1 Répartition de l'échantillon de ménages selon les trois strates géographiques, ÉBARS, 2015-2016

	RMR ¹ de Montréal	Autres RMR ¹ du Québec	Reste du Québec	Total
Nombre de ménages privés – Selon le recensement 2011	1 659 160	710 585	1 025 595	3 395 340
Répartition des 9 000 ménages visés	3 688	2 413	2 899	9 000
Nombre de ménages répondants obtenus	3 867	2 439	3 160	9 466
Dont l'ajout d'un panel téléphonique	219	92	139	450

¹ Région métropolitaine de recensement.

Pour les personnes jointes sur une ligne cellulaire, la procédure de sélection du répondant dépend de son âge. 1) Si la personne est âgée entre 12 et 17 ans et fait partie d'un ménage non familial¹⁰ ou la personne est âgée entre 18 et 34 ans, elle est retenue avec une probabilité de 100 %; 2) Si la personne est âgée entre 35 et 74 ans, elle est retenue avec une probabilité de 52 %; 3) Si la personne est âgée de 75 ans et plus, elle ne fait pas partie de l'échantillon. Ces probabilités de sélection sont les mêmes, peu importe la strate de région.

Pour l'échantillon des lignes fixes, une procédure plus complexe est mise en place afin de sélectionner au maximum un adulte âgé de 18 à 74 ans. Ainsi, si le ménage compte un ou plusieurs adultes âgés entre 18 et 74 ans, l'un d'eux est choisi au hasard (deuxième degré) et est retenu pour l'entrevue principale avec une probabilité de 100 % s'il est âgé entre 18 et 34 ans, ou avec une probabilité de 52 % s'il est âgé entre 35 et 74 ans. D'autres cas doivent aussi être considérés. Si le ménage ne comprend que des personnes âgées de 75 ans et plus, il n'est tout simplement pas admissible à l'étude. Si le ménage comprend uniquement des jeunes âgés entre 12 et 17 ans ou si ces jeunes demeurent avec des personnes non apparentées (colocataires), au plus, deux de ces jeunes sont interviewés individuellement.

Ensuite, pour ces types d'échantillons (cellulaires ou lignes fixes), dans le cas d'un ménage comprenant des jeunes âgés entre 6 et 17 ans vivant avec un adulte apparenté, la procédure prévoit le recensement de tous ces jeunes. Les réponses sont obtenues auprès d'un membre adulte du ménage qui est en mesure de parler des activités que pratiquent ces jeunes.

Cette façon de faire permet de sur-échantillonner les deux groupes d'âge (6 à 17 ans et 18 à 34 ans) qui représentent les personnes les plus susceptibles d'avoir subi des blessures associées à la pratique d'activités récréatives et sportives (groupes identifiés lors d'autres éditions de l'étude).

¹⁰ Personnes non apparentées comme les colocataires.

Cependant, comme il est difficile d'obtenir la participation de personnes de ces deux groupes d'âge (population très mobile et peu encline à répondre aux sondages téléphoniques), la firme de sondage a proposé de bonifier l'échantillon en ajoutant des répondants provenant de leur panel téléphonique probabiliste. Ainsi, 450 entrevues supplémentaires ciblant ces groupes d'âge ont été réalisées tout en maintenant le caractère aléatoire et probabiliste de l'échantillon (tableau 1).

La composition des ménages répondants et le nombre de personnes formant l'échantillon final sont présentés au tableau 2.

Tableau 2 Composition des ménages répondants, ÉBARS, 2015-2016

Type de ménages	Nombre de ménages	Nombre d'adultes ¹	Nombre de jeunes ¹
Familles	2 146	1 246	3 183
1 enfant	1 023	603	1 017
2 enfants	748	383	1 459
3 enfants	187	97	533
4 enfants	36	17	134
5 enfants	10	5	34
6 enfants et plus	1	0	6
Refus de répondre pour les enfants	141	141	0
Adultes sans enfant	7 292	4 648	0
Jeunes âgés de 12 à 17 ans vivant seuls	8	0	8
Ménages non familiaux avec jeunes (12-17)	20	11	5
1 jeune	10	5	2
2 jeunes	3	2	0
3 jeunes	5	4	1
Nombre inconnu	2	0	2
Tous	9 466	5 905	3 196

¹ Adultes (18 à 74 ans) et jeunes (6 à 17 ans).

3.4 Détermination de la taille d'échantillon

La taille de l'échantillon est fixée afin de répondre aux principaux objectifs de l'étude. Il faut donc joindre un nombre assez important de personnes dans la population qui se sont blessées en pratiquant une activité récréative ou sportive, surtout chez les jeunes de 6 à 17 ans et chez les jeunes adultes (18 à 34 ans) : les groupes d'âge où surviennent le plus souvent des blessures subies au cours de la pratique d'une activité récréative ou sportive.

En se fiant aux résultats des éditions 2004 et 2009-2010 de l'ÉBARS, environ 10 % des personnes ayant participé à au moins une des activités retenues ont déclaré avoir subi une telle blessure. Par ailleurs, d'après le dernier recensement canadien et les résultats de l'étude de 2009-2010, on dénombre en moyenne 0,36 jeune âgé de 6 à 17 ans par ménage au Québec. Ces statistiques ont servi de base à la détermination de la taille de l'échantillon des jeunes de 6 à 17 ans afin d'obtenir de l'information sur au moins 380 blessés chez ces jeunes. Cela requiert ainsi la participation d'au moins 9 000 ménages québécois.

3.5 Questionnaire

Le questionnaire de 2015-2016 est remanié de manière importante comparativement aux éditions antérieures avec, entre autres, un changement majeur dans l'ordre des questions. Dans les éditions précédentes, la structure du questionnaire faisait en sorte que l'ensemble des questions (participation, fréquence, blessures : présence, nature et circonstances), portant sur une activité donnée, étaient posées avant de passer à la suivante. Cela présentait un certain problème de fluidité dans l'administration du questionnaire par entrevue. Après l'énumération de quelques activités, les répondants pouvaient facilement comprendre la logique du questionnaire et ainsi éviter de répondre positivement à la participation de certaines activités, sachant qu'ils devraient répondre à une série d'autres questions le cas échéant.

Dans l'édition 2015-2016, les questions sur la participation ou non aux activités retenues par l'étude sont posées dès le début de l'entrevue. Ensuite, et cela uniquement pour les activités pratiquées, les questions sur la fréquence de la pratique, la présence de blessures, leur nature et leurs circonstances sont posées. Le répondant peut donc nommer spontanément les activités pratiquées sans se soucier de toutes les « sous-questions » portant sur les activités qu'il a pratiquées.

D'autres changements, comparativement aux questionnaires des éditions précédentes, doivent être mentionnés :

- a) L'ajout de deux nouvelles activités : la danse et la gymnastique (incluant le cheerleading) lesquelles étaient souvent rapportées dans la section « autres activités » des éditions antérieures;
- b) L'ajout d'une question portant sur certains équipements protecteurs comme le port du casque, pour tous les participants à des activités qui le requièrent habituellement pour une pratique sécuritaire : vélo, patinage à roues alignées, football, hockey, patinage sur glace, planche à neige, ski alpin, véhicules tout terrain et motoneige ainsi que la veste de flottaison individuelle (VFI) pour les activités nautiques non motorisées. Cette question permet de vérifier si des actions de sensibilisation sont nécessaires pour améliorer le port de ces équipements;
- c) Lorsqu'une blessure a été mentionnée, l'ajout d'une question pour identifier si un transport par ambulance a été nécessaire. Cela a permis de proposer une nouvelle définition de sévérité d'une blessure dans cette édition;
- d) L'ajout de précisions sur le type de limitations d'activités quotidiennes permet maintenant de distinguer le nombre de jours d'absence au travail, à l'école, ainsi que le temps requis avant la reprise des activités récréatives et sportives.

3.6 Collecte

La collecte a été confiée à la firme SOM et s'est échelonnée du 19 avril au 8 juillet 2016. Les questions sur la pratique des activités ainsi que sur les blessures se rapportent aux douze derniers mois de l'entrevue, et donc, couvrent principalement les six derniers mois de 2015 et les six premiers mois de 2016. Comme mentionné précédemment, le mode de collecte est l'entrevue téléphonique assistée par ordinateur. Cependant, pour favoriser la participation des répondants, il leur a été offert de remplir un questionnaire électronique sur le Web. Un total de 103 répondants s'est prévalu de cette option. La durée moyenne des entrevues, sur la base du ménage, était de 8,5 minutes et la langue d'entrevue dépendait du choix du répondant: français ou anglais.

3.7 Taux de réponse

Pour que l'échantillon soit le plus représentatif possible de la population, la firme de sondage a travaillé l'échantillon initial en effectuant, à divers moments dans la journée, jusqu'à 30 appels pour tenter de joindre les répondants des échantillons de numéros de téléphones fixes et cellulaires. Malgré tous ces efforts, 29,9 % des ménages de l'échantillon initial n'ont pu être joints. De plus, il faut compter aussi 33,6 % des ménages ou des individus sélectionnés qui ont refusé de participer à l'étude. En tout, le taux de réponse global de l'étude est estimé à 36,5 %. La RMR de Montréal affiche les plus faibles taux de réponse pour les deux bases téléphoniques, fixe et cellulaire (voir tableau 3).

Tableau 3 Taux de réponse des ménages et des personnes selon les bases de sondage et les strates géographiques, ÉBARS, 2015-2016

		RMR ¹ de Montréal	Autres RMR ¹ du Québec	Reste du Québec	Total
Base téléphone fixe	Taux de non-réponse ménage	24,9 %	20,1 %	21,1 %	22,4 %
	Taux de refus ménage et personne	36,5 %	34,2 %	32,3 %	34,4 %
	Taux de réponse global	38,6 %	45,7 %	46,6 %	43,1 %
Base téléphone cellulaire	Taux de non-réponse ménage	41,5 %	42,4 %	38,9 %	41,1 %
	Taux de refus ménage et personne	33,4 %	29,3 %	33,3 %	32,5 %
	Taux de réponse global	25,1 %	28,3 %	27,8 %	26,5 %
Total Bases téléphoniques	Taux de non-réponse ménage				29,9 %
	Taux de refus ménage et personne				33,6 %
	Taux de réponse global				36,5 %
Panel téléphonique	Taux de réponse global				58,8 %

¹ Région métropolitaine de recensement.

Un autre type de taux de non-réponse appelée partielle et portant sur une question particulière doit également être considéré. Il s'agit du rapport du nombre pondéré de personnes n'ayant pas répondu à une question donnée sur le nombre pondéré de personnes devant y répondre. En général, pour cette étude, les taux de non-réponse partielle sont très faibles (< 5 %), peu importe la question. Ainsi, le biais que peut engendrer ce type de non-réponse est ici jugé négligeable et toutes les estimations produites dans ce document sont obtenues en excluant les réponses aux catégories « Refus », « Ne sait pas » ou « Non déclaré ». L'hypothèse qui est faite ici est que les réponses des non répondants se distribuent de la même façon que celles observées chez les répondants.

3.8 Pondération

Pour pouvoir inférer les résultats provenant d'un échantillon à toute la population visée par l'étude, il faut déterminer pour chaque répondant de l'échantillon le nombre de personnes qu'il représente dans la population, appelée le poids d'enquête. Cette pondération doit tenir compte de plusieurs aspects :

- l'inverse des probabilités initiales de sélection du ménage et de l'individu, plus particulièrement en tenant compte de la sélection aléatoire de l'adulte répondant;
- le recensement des enfants dans le ménage;
- les taux de réponse à ces deux degrés d'échantillonnage;
- le fait que deux bases de sondage aient été utilisées : téléphones fixes et téléphones cellulaires.

Pour ce dernier point, il faut mentionner qu'un même individu peut faire partie de plusieurs bases de sondage, ce qui complexifie d'autant plus l'étape de détermination des poids d'enquêtes.

Finalement, une dernière étape appelée post-stratification ou calage sur marges a été nécessaire afin de s'assurer que la somme des poids soit égale aux effectifs de la population selon la région, le groupe d'âge, le sexe, le niveau de scolarité et la modalité de vie (vivre seul ou non). Un deuxième poids a été obtenu sans considérer la scolarité comme c'était le cas dans les éditions précédentes. Les résultats pondérés par l'un ou l'autre de ces poids sont très similaires. Cependant, étant donné que des effets de plan moins importants sont observés avec le poids incluant un calage sur la scolarité, c'est celui-ci qui est retenu pour les analyses. La tâche passablement complexe de la pondération a été confiée à SOM qui compte sur des statisticiens expérimentés en méthodologie d'enquête.

3.9 Définition de la mesure d'intérêt : la blessure

La définition du terme « blessure » à retenir doit représenter un indicateur mesurable sur plusieurs dimensions : quantitative, qualitative et temporelle (évolution dans le temps). Fuller propose quatre critères pour opérationnaliser la définition d'une blessure dans une perspective de mesure de l'ampleur d'un phénomène (Fuller, 2010) :

- a) spécifier ce qui est considéré comme condition et comptabilisé comme étant une blessure;
- b) expliquer comment la blessure est évaluée quant à sa sévérité;
- c) déterminer comment cette blessure sera classifiée quant au site anatomique atteint et la pathologie observée;
- d) préciser quelle était la cause sous-jacente de la blessure.

La définition de « blessure », basée sur les critères ci-dessus et les informations recueillies dans le questionnaire, couvre les caractéristiques suivantes :

- a) une blessure subie au cours de la pratique d'une activité récréative et sportive ayant nécessité la consultation d'un professionnel de la santé¹¹;
- b) la sévérité de cette blessure est évaluée en fonction de la nature de la blessure subie. Les blessures sévères comprennent les fractures, les dislocations, les commotions ou autres

¹¹ Cela inclut la consultation de médecin généraliste, médecin spécialisé en médecine du sport, autre type de médecin spécialiste, chiropraticien, ergothérapeute, physiothérapeute ou un autre type de professionnel de la santé comme les infirmières.

traumatismes cérébraux, les lésions aux organes internes et les blessures multiples. La nécessité d'un transport ambulancier a aussi été considérée pour proposer une nouvelle définition de la sévérité de la blessure comparativement aux éditions antérieures de cette étude;

- c) le site anatomique ayant subi la blessure la plus grave pour une activité donnée a été classifié en 15 parties du corps et la nature de la blessure en 11 types de blessures principales (voir le questionnaire à l'annexe 2);
- d) les causes sont présentées de façon sommaire selon des questions spécifiques à l'activité et demandent parfois au répondant de préciser, lorsque requis, l'endroit (voie publique, milieu naturel), si des conditions hivernales (neige ou glace sur la surface de pratique) étaient présentes. Le port d'équipements protecteurs a aussi été demandé pour certaines activités : le casque pour le vélo, le patinage à roues alignées ou à roulettes, la planche à roulettes ou le skateboard, le hockey sur glace, le patinage sur glace, la planche à neige, le ski alpin, les véhicules tout terrain et la motoneige et la veste de flottaison individuelle (VFI) pour les activités nautiques non motorisées.

3.10 Traitement des données

Tous les résultats présentés dans ce rapport ont été pondérés pour qu'ils puissent être généralisés à l'ensemble de la population du Québec. Ils proviennent, pour la plupart, de l'utilisation directe de la codification des réponses aux questions. Toutefois, il faut mentionner que des traitements ont été nécessaires pour recoder les réponses à la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pratiqué une autre activité ? Si oui laquelle ? » et les réponses « Autre, indiquer ... » aux questions portant sur le site anatomique et la nature des blessures.

Comme pour les éditions précédentes de l'ÉBARS, pour la question « Autre activité, laquelle », l'activité mentionnée spontanément par les répondants est redistribuée autant que possible dans les catégories d'activité prédéfinies. Par exemple, l'activité « Trampoline » mentionnée à plus de 70 reprises est mise dans l'activité « Gymnastique ». Toutefois, certaines activités récréatives ou sportives ne peuvent être classifiées et doivent faire l'objet d'une catégorie à part entière, appelée « Autres activités ». Parmi ces activités se trouvent le yoga, l'équitation, la pêche, la chasse, le hockey-balle et l'escalade. À noter qu'aucune estimation n'est présentée pour cette catégorie distincte, mais qu'elle a été considérée dans les taux globaux de blessés. D'autres activités ne sont pas retenues puisqu'il est difficile de connaître leur nature récréative ou sportive (camping, jardinage, ménage ...) ou qu'elles sont motorisées¹² (moto, motomarine, bateau motorisé, etc.).

En ce qui a trait aux réponses « Autres » aux questions portant sur le site anatomique atteint par la blessure et sa nature, elles ont été analysées afin de les redistribuer en premier lieu dans les catégories prédéfinies. Cependant, un type de blessures « déchirure ligamentaire ou musculaire » a été noté à plusieurs reprises et il fut difficile de le classifier dans une catégorie existante. Une nouvelle catégorie a ainsi été formée pour ces cas. De plus, étant donné la nature de ces blessures qui nécessitent une intervention chirurgicale, elles ont été jugées automatiquement comme des blessures plus sévères. Finalement, pour les « autres » blessures non classées, un examen par deux experts indépendants a été fait pour savoir si la blessure pouvait être jugée sévère.

¹² Les véhicules hors route soit la motoneige et les VTT faisaient exception et étaient considérés en catégorie d'activité à part entière.

3.11 Indicateurs estimés

Pour mesurer l'impact des blessures, un indicateur sous forme de taux de blessés est considéré. Le numérateur est alors constitué du nombre de personnes blessées dans les douze derniers mois à la suite de la pratique d'activités récréatives et sportives et le dénominateur, du nombre de participants toujours dans les douze derniers mois. Les taux étant relativement très faibles, ils sont définis comme le nombre de blessés par 1 000 participants. Pour être plus juste, il aurait fallu quantifier l'exposition réelle, c'est-à-dire considérer le nombre d'heures de pratique au dénominateur de ces taux, ce qu'il n'a pas été possible d'évaluer. Il faudra donc en tenir compte lors de l'interprétation des résultats; un haut taux de blessés pourrait être simplement le reflet d'une participation plus accrue aux activités récréatives et sportives. De plus, le type de pratique qui comporte plusieurs caractéristiques comme le niveau (récréatif ou compétitif) qui n'a pas été précisé dans le questionnaire constitue une limite dans l'interprétation des indicateurs estimés.

3.12 Critère de diffusion des résultats

Comme les estimations produites dans ce rapport proviennent d'un échantillon et non de la population-cible, elles sont sujettes à des erreurs liées à l'échantillon. Il existe plusieurs mesures de précision entourant ces estimations. Celle qui est utilisée dans cette étude est le coefficient de variation (CV) qui est le rapport de l'erreur-type de l'estimation sur l'estimation elle-même. Puisque le plan d'échantillonnage est passablement complexe, l'évaluation de l'erreur-type l'est tout autant. En fait, comme il n'existe pas de formules simples pour l'obtenir, cela requiert l'utilisation de méthodes plus sophistiquées pour estimer la variance. Pour cette étude, nous avons eu recours au logiciel SUDAAN qui emploie, entre autres, la méthode de la linéarisation de Taylor qui utilise des équations d'estimation généralisées (GEE) pour les modèles de régression (Research Triangle Institute, 2018).

Les estimations doivent être accompagnées d'une bonne précision pour être interprétées et diffusées. Les critères suivants proposés par Statistique Canada dans ses publications ont été utilisés :

- CV inférieur ou égal à 16,6 % : diffusion sans restriction.
- CV supérieur à 16,6 %, mais inférieur ou égal à 33,3 % : diffusion marginale à interpréter avec circonspection. Ces estimations sont identifiées par un astérisque (*).
- CV supérieur à 33,3 % : précision insatisfaisante. La valeur de l'estimation n'est pas présentée (mention de la lettre F) sauf dans des cas d'exceptions (présentée à titre indicatif seulement)

4 Résultats

4.1 Participation à des activités récréatives et sportives en 2015-2016

Pour déterminer les différents taux de blessés, il est primordial de connaître les dénominateurs, soit le nombre de personnes visées par ces taux. Les tableaux qui suivent présentent d'abord l'estimation du nombre de personnes qui affirment avoir pratiqué au moins une activité récréative ou sportive. Par la suite, ces mêmes estimations sont présentées, mais pour chacune des 26 activités retenues dans cette édition.

Participation globale

En 2015-2016, près de 93 % des Québécois âgés de 6 à 74 ans ont mentionné avoir pratiqué au moins une activité récréative ou sportive au cours des 12 derniers mois précédant l'entrevue (voir tableau 4). La proportion de cette participation passe à 91 % lorsque cette pratique se limite aux 26 activités retenues dans le questionnaire. Il y a donc une faible proportion de la population qui s'adonne uniquement à d'autres activités. Cette proportion passe à 86 % lorsqu'on exclut la marche à des fins d'exercice (l'activité la plus populaire) et les cours d'éducation physique (qui sont obligatoires chez les jeunes). Cela signifie que 5 % des gens ont mentionné uniquement ces deux activités.

Tableau 4 Nombre estimé et proportion de personnes disant avoir participé à au moins une activité récréative ou sportive au cours de l'année, selon l'âge et le sexe, Québec, 2015-2016

Caractéristiques	Disent avoir participé à au moins une activité récréative ou sportive ¹		Selon la liste des 26 activités ² et les cours d'éducation physique		Selon la liste des 26 activités ² excluant la marche à des fins d'exercice et les cours d'éducation physique	
	N	%	N	%	N	%
Homme	3 346 000	92,5	3 301 000	91,2	3 161 000	87,4
Femme	3 297 000	92,8	3 225 000	90,8	3 027 000	85,2
6 à 11 ans	521 000	99,1	521 000	99,1	499 000	95,0
12 à 17 ans	474 000	98,8	474 000	98,8	441 000	91,7
18 à 24 ans	688 000	96,8	685 000	96,5	682 000	96,0
25 à 34 ans	1 051 000	94,5	1 042 000	93,7	1 024 000	92,1
35 à 74 ans	3 908 000	90,0	3 803 000	87,6	3 541 000	81,5
35 à 54 ans	2 086 000	91,2	2 037 000	89,0	1 947 000	85,1
55 à 74 ans	1 822 000	88,7	1 767 000	85,9	1 595 000	77,6
Tous	6 642 000	92,6	6 526 000	91,0	6 187 000	86,3

¹ Question-filtre : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait au moins une fois une activité physique quelconque, par exemple, un sport, une activité de plein air, du conditionnement physique ou même la marche à des fins d'exercice durant vos temps libres?

² La liste inclut deux activités motorisées : motoneige et véhicule tout terrain (VTT).

Cette participation globale demeure la même selon le sexe et varie légèrement selon l'âge, passant de 99 % chez les jeunes âgés de 6 à 11 ans à 89 % chez les personnes âgées de 55 à 74 ans. L'écart est plus prononcé lorsque la marche à des fins d'exercice et les cours d'éducation physique sont exclus (de 95 % à 78 %) suggérant ainsi que la marche à des fins d'exercice est plus souvent la seule activité pratiquée chez les répondants plus âgés. Le tableau complémentaire 29 à la fin du document montre des associations intéressantes avec deux indicateurs socioéconomiques (données pour les adultes seulement). Ainsi, ces proportions de pratique globale augmentent substantiellement avec le niveau de scolarité et le revenu du ménage. Il y a peut-être un effet de confusion avec l'âge puisqu'il est reconnu par exemple que les jeunes adultes sont, en général, plus scolarisés que leurs aînés¹³.

Popularité des activités

Les taux de blessés par activité impliquent de connaître l'estimation des personnes pratiquant l'activité en cause. Les tableaux 5 à 7 présentent la popularité de chacune des activités retenues dans l'étude selon les croisements avec le sexe et l'âge. Trois activités sont pratiquées par plus de la moitié de la population totale visée par l'étude : la marche à des fins d'exercice (67 %), la natation – baignade (53 %) et le vélo (50 %) (tableau 5).

Il faut noter des différences significatives entre les deux sexes pour les trois activités les plus populaires. Il y a, en proportion, plus de femmes qui mentionnent la marche à des fins d'exercice (72 % contre 63 %) et la natation – baignade (55 % c. 51 %) tandis que les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à pratiquer le vélo (55 % c. 45 %) (tableau 6). La plupart des autres activités sont plus souvent pratiquées par les hommes. Suivent ensuite, toujours en ordre de popularité avec des proportions autour de 33 % et plus de deux millions d'adeptes de 6 à 74 ans pour chacun des sexes : le conditionnement physique, la course à pied – jogging et le patinage sur glace. Avec plus de 20 % d'adeptes chez les hommes, on y retrouve les sports de raquette, le soccer, la raquette sur neige, les activités nautiques et le hockey sur glace. Chez les femmes, seules la danse et la raquette sur neige dépassent les 20 %. Aucun sport collectif n'est pratiqué par plus de 15 % des femmes. Les autres activités non mentionnées ici sont considérées plus marginales pour leur participation dans la population québécoise. Il est alors plus difficile d'estimer avec une bonne précision des taux de blessés pour celles-ci. Il faut également noter que le VTT, une activité récréative motorisée, attire tout de même passablement de participants (23 %).

La distribution des activités selon leur niveau de popularité varie tangiblement d'un groupe d'âge à l'autre, et ce, même si les trois activités les plus dominantes (marche à des fins d'exercice, vélo et natation-baignade) figurent toujours en tête de liste dans chacun des groupes d'âge (tableau 7). Par exemple, pour la marche à des fins d'exercice, alors que plus de 7 personnes sur 10 âgées de 35 à 74 ans l'ont pratiqué (l'activité la plus populaire pour ce groupe d'âge), cette activité se situe au troisième rang chez les jeunes de 12 à 17 ans même si, tout de même, 5 personnes sur 10 la pratiquent.

¹³ Statistique Canada (SC), Enquête sur la population active, compilation spéciale, adaptée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Mise à jour juin 2016.

<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/niveau-scolaire/repartition-scol-ra-sexe-age.html>

Certains autres constats sont dignes de mention :

- les activités les plus populaires sont :
 - le vélo et la natation – baignade chez les jeunes de 6 à 11 ans (autour de 85 %) et de 12 à 17 ans (près de 65 %);
 - le conditionnement physique, la course à pied – jogging et la marche à des fins d'exercice (près de 70 %) chez les 18 à 24 ans;
 - la marche à des fins d'exercice (environ 70 %) chez les 25 ans et plus.
- Le soccer est très populaire chez les jeunes de 6 à 11 ans (49 %) tandis que la course à pied – jogging entre dans le groupe des cinq activités les plus populaires chez les groupes d'âge de 12 à 34 ans;
- Les sports collectifs sont surtout prisés par les groupes les plus jeunes (moins de 25 ans).

Les cours d'éducation physique ne figurent pas dans les tableaux sur la participation puisqu'ils ne concernent que les groupes d'âge plus jeunes. De plus amples détails sur la participation à des activités récréatives et sportives par groupe d'âge sont présentés dans les tableaux 30 à 34 situés à la section 8 : (tableaux complémentaires). Les tableaux 35 à 37 décrivant la popularité des activités récréatives et sportives selon la scolarité, le revenu du ménage et la région de résidence se trouvent également à la fin du document.

Port du casque protecteur

La proportion de personnes qui portent un casque protecteur est présentée au tableau 5 et ce, pour les activités qui le requièrent généralement. Cette proportion reflète le nombre de personnes qui portent le casque selon les catégories « Toujours » et « La plupart du temps ». La proportion de port du casque protecteur est plus élevée pour la planche à neige, le ski alpin et le hockey sur glace. Cette information sera aussi d'intérêt quand viendra le temps d'interpréter le type de blessure subie.

Tableau 5 Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 6 à 74 ans, Québec, 2015-2016

Activités	N	%	IC ¹	Fréquence régulière ² (%)	Port du casque ³ (%)
Marche à des fins d'exercice	4 816 000	67,2	(65,8-68,5)	69,4	---
Natation—baignade	3 783 000	52,8	(51,4-54,2)	34,8	---
Vélo	3 587 000	50,0	(48,6-51,4)	49,0	56,1
Conditionnement physique	2 972 000	41,5	(40,1-42,8)	67,7	---
Course à pied—jogging	2 417 000	33,7	(32,5-35,0)	50,8	---
Patinage sur glace	2 278 000	31,8	(30,5-33,1)	17,5	29,5
Raquette sur neige	1 685 000	23,5	(22,4-24,7)	19,6	---
Sports de raquette	1 588 000	22,2	(21,1-23,3)	22,6	---
Activités nautiques	1 505 000	21,0	(19,9-22,1)	12,1	---
Soccer	1 330 000	18,5	(17,6-19,6)	35,6	---
Danse	1 219 000	17,0	(16,0-18,0)	42,2	---
Ski alpin	1 071 000	14,9	(14,0-15,9)	29,8	77,8
Hockey sur glace	966 000	13,5	(12,6-14,4)	48,2	70,5
Patinage à roues alignées	896 000	12,5	(11,7-13,4)	21,4	37,6
Basketball ⁵	778 000	12,4	(11,5-13,3)	23,0	---
Volleyball ⁵	772 000	12,3	(11,4-13,2)	18,2	---
Planche à roulettes ⁴	466 000	11,8	(10,9-12,8)	35,5	32,1
Ski de fond	823 000	11,5	(10,7-12,3)	25,9	---
Golf	812 000	11,3	(10,5-12,2)	31,6	---
Baseball—softball	671 000	9,4	(8,6-10,2)	34,7	---
Planche à neige	488 000	6,8	(6,2-7,4)	28,0	78,7
Sports de combat	470 000	6,6	(6,0-7,2)	59,0	---
Gymnastique ⁴	218 000	5,5	(4,9-6,2)	59,0	---
Football ^{5,6}	303 000	4,8	(4,3-5,4)	24,4	---
Véhicules hors route (VHR)					
Véhicule tout terrain (VTT)	1 667 000	23,3	(22,2-24,4)	19,1	76,2
Motoneige	885 000	12,3	(11,5-13,2)	25,8	89,1

¹ Intervalle de confiance de niveau 95%.

² Fréquence régulière = au moins une fois par semaine, lorsque la pratique était possible.

³ Port du casque s'il y a lieu. Selon les catégories « Toujours » et « La plupart du temps ».

⁴ Chez les personnes de 6 à 44 ans.

⁵ Chez les personnes de 6 à 64 ans.

⁶ La question sur le port du casque protecteur n'a pas été posée aux adeptes du football.

--- Sans objet

Tableau 6 Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année selon le sexe^a, population âgée de 6 à 74 ans, Québec, 2015-2016

Activités	Hommes			Femmes		
	N	%	IC ¹	N	%	IC ¹
Marche à des fins d'exercice	2 276 000	62,9	(61,0-64,8)	2 539 000	71,5	(69,7-73,2)
Vélo	1 996 000	55,2	(53,1-57,2)	1 592 000	44,8	(43,0-46,7)
Natation—baignade	1 845 000	51,0	(49,0-53,0)	1 938 000	54,5	(52,6-56,5)
Conditionnement physique	1 416 000	39,1	(37,3-41,1)	1 556 000	43,8	(42,0-45,7)
Course à pied—jogging	1 256 000	34,7	(32,9-36,6)	1 162 000	32,7	(31,1-34,4)
Patinage sur glace	1 202 000	33,2	(31,4-35,1)	1 076 000	30,3	(28,7-32,0)
Sports de raquette	924 000	25,5	(23,9-27,3)	665 000	18,7	(17,4-20,1)
Soccer	906 000	25,0	(23,4-26,7)	424 000	11,9	(11,0-13,0)
Raquette sur neige	891 000	24,6	(23,0-26,3)	794 000	22,4	(20,9-23,9)
Activités nautiques	834 000	23,0	(21,5-24,7)	671 000	18,9	(17,6-20,3)
Hockey sur glace	809 000	22,4	(20,8-24,0)	157 000	4,4	(3,8-5,1)
Golf	616 000	17,0	(15,7-18,5)	196 000	5,5	(4,8-6,4)
Ski alpin	600 000	16,6	(15,2-18,0)	472 000	13,3	(12,2-14,5)
Planche à roulettes ²	330 000	16,4	(15,0-18,0)	136 000	7,0	(6,1-8,1)
Basketball ³	517 000	16,2	(14,8-17,7)	261 000	8,4	(7,5-9,4)
Patinage à roues alignées	490 000	13,5	(12,3-14,9)	406 000	11,4	(10,3-12,5)
Baseball—softball	487 000	13,5	(12,2-14,8)	184 000	5,2	(4,5-6,0)
Volleyball ³	430 000	13,5	(12,2-14,9)	341 000	11,0	(10,0-12,1)
Ski de fond	419 000	11,6	(10,4-12,9)	403 000	11,4	(10,3-12,5)
Danse	367 000	10,1	(9,0-11,4)	852 000	24,0	(22,5-25,5)
Planche à neige	322 000	8,9	(8,0-9,9)	167 000	4,7	(4,1-5,4)
Sports de combat	311 000	8,6	(7,7-9,6)	159 000	4,5	(3,9-5,1)
Football ³	244 000	7,6	(6,7-8,7)	59 000	1,9	(1,5-2,4)
Gymnastique ²	59 000	3,0	(2,2-4,0)	158 000	8,2	(7,2-9,2)
Véhicules hors route (VHR)						
Véhicule tout terrain (VTT)	1 007 000	27,8	(26,2-29,6)	660 000	18,6	(17,2-20,0)
Motoneige	534 000	14,8	(13,5-16,1)	351 000	9,9	(8,9-10,9)

^a Un test statistique de comparaison de deux proportions a été effectué pour chaque activité. La proportion identifiée en caractères gras et souligné pour un sexe donné est jugée supérieure et statistiquement significative à un seuil de 5 % à celle de l'autre sexe

¹ Intervalle de confiance de niveau 95 %.

² Chez les personnes de 6 à 44 ans.

³ Chez les personnes de 6 à 64 ans.

Tableau 7 Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année selon l'âge, population âgée de 6 à 74 ans, Québec, 2015-2016

Activités	6 à 11 ans		12 à 17 ans		18 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 74 ans	
	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹
Marche à des fins d'exercice	272 000	51,8	236 000	49,2	465 000	65,4	753 000	67,7	3 089 000	71,1
Vélo	453 000	86,2	307 000	63,9	395 000	55,5	569 000	51,2	1 861 000	42,8
Natation – baignade	438 000	83,4	311 000	64,7	403 000	56,8	624 000	56,2	2 007 000	46,3
Conditionnement physique	72 000	13,7	181 000	37,7	493 000	69,5	593 000	53,4	1 632 000	37,6
Course à pied – jogging	196 000	37,2	215 000	44,8	491 000	68,9	563 000	50,6	951 000	21,9
Patinage sur glace	354 000	67,3	200 000	41,7	277 000	38,9	419 000	37,7	1 026 000	23,6
Sports de raquette	129 000	24,6	140 000	29,1	284 000	39,9	339 000	30,4	694 000	15,9
Soccer	258 000	49,1	154 000	32,1	239 000	33,4	261 000	23,4	416 000	9,5
Raquette sur neige	145 000	27,6	77 000	16,1	180 000	25,2	297 000	26,7	985 000	22,6
Activités nautiques	111 000	21,1	108 000	22,4	217 000	30,5	307 000	27,7	762 000	17,6
Hockey sur glace	109 000	20,6	101 000	21,0	165 000	23,1	210 000	18,7	380 000	8,7
Golf	23 000	4,3	25 000	5,2	78 000	11,0	147 000	13,2	539 000	12,4
Ski alpin	132 000	25,1	131 000	27,4	161 000	22,7	116 000	10,4	531 000	12,2
Planche à roulettes ²	99 000	18,9	134 000	27,9	143 000	20,2	51 000	4,6	39 000	3,5
Basketball ³	102 000	19,4	121 000	25,1	195 000	27,5	149 000	13,5	212 000	6,1
Patinage à roues alignées	128 000	24,4	71 000	14,8	149 000	21,1	246 000	22,2	301 000	6,9
Baseball – softball	80 000	15,2	44 000	9,1	115 000	16,1	138 000	12,5	294 000	6,8
Volleyball ³	34 000	6,4	76 000	15,9	213 000	30,0	197 000	17,7	252 000	7,3
Ski de fond	59 000	11,3	45 000	9,4	97 000	13,7	129 000	11,7	491 000	11,3
Danse	131 000	25,0	72 000	15,1	132 000	18,6	168 000	15,1	715 000	16,5
Planche à neige	49 000	9,3	68 000	14,2	138 000	19,5	129 000	11,7	104 000	2,4
Sports de combat	93 000	17,7	42 000	8,8	98 000	13,8	105 000	9,4	131 000	3,0
Football ³	26 000	4,9	45 000	9,4	108 000	15,2	68 000	6,1	56 000	1,6
Gymnastique ²	97 000	18,5	37 000	7,7	29 000	4,1	24 000	2,2	31 000	2,7

Tableau 7 Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année selon l'âge, population âgée de 6 à 74 ans, Québec, 2015-2016 (suite)

Activités	6 à 11 ans		12 à 17 ans		18 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 74 ans	
	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹	N	% ¹
Véhicules hors route (VHR)										
Véhicule tout terrain (VTT)	112 000	21,4	102 000	21,2	245 000	34,5	338 000	30,5	870 000	20,1
Motoneige	68 000	13,0	57 000	11,9	160 000	22,6	166 000	14,9	434 000	10,0

¹ Les activités avec un % en caractères gras et soulignés représentent les cinq activités les plus populaires pour le groupe d'âge concerné.

² Chez les personnes de 6 à 44 ans.

³ Chez les personnes de 6 à 64 ans.

4.2 Nombre d'activités pratiquées et niveau d'activité physique de loisir

Lorsque vient le temps d'évaluer le taux global de blessés dans la population québécoise, il est important de le mettre en relation avec certaines caractéristiques de la pratique d'activités récréatives et sportives. En premier lieu, l'étude révèle qu'en moyenne, jusqu'à six différentes activités parmi les 26 retenues sont pratiquées chez les personnes de 6 à 74 ans au cours des 12 derniers mois. Mais si on s'intéresse aux activités pratiquées une fois ou plus par semaine lorsque c'était possible, la moyenne diminue à un peu plus de 2 activités (tableau 8). Ce nombre varie évidemment selon l'âge et le sexe, car le temps de loisir, les goûts et intérêts varient. Généralement, les hommes ont rapporté avoir participé à une activité de plus que les femmes, mais cet écart est inexistant lorsqu'on regarde les activités pratiquées plus régulièrement. Les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans représentent le groupe d'âge pour lequel la participation est la plus importante en ce qui a trait au nombre d'activités (un peu plus de 8). Ensuite, une diminution constante est observée avec l'âge atteignant tout au plus 4 activités chez les 55 à 74 ans.

Tableau 8 Nombre moyen d'activités récréatives et sportives pratiquées^a selon la fréquence, l'âge et le sexe, Québec, 2015-2016

Âge	Nombre moyen d'activités					
	Au moins une fois ¹			Régulière ²		
	Homme	Femme	Tous	Homme	Femme	Tous
6 à 11 ans	7,4	7,1	7,2	3,4	3,3	3,4
12 à 17 ans	6,9	6,2	6,6	3,0	2,5	2,8
18 à 24 ans	8,6	7,9	8,3	2,9	2,7	2,8
25 à 34 ans	7,5	6,1	6,8	2,5	2,2	2,3
35 à 74 ans	5,5	4,4	4,9	2,2	1,9	2,0
35 à 54 ans	6,5	5,3	5,9	2,3	2,1	2,2
55 à 74 ans	4,3	3,4	3,8	2,0	1,7	1,9
Tous	6,4	5,4	5,9	2,5	2,2	2,3

^a Parmi la liste des 26 activités de l'étude excluant les cours d'éducation physique. Cela inclut deux activités motorisées : la motoneige et le véhicule tout terrain (VTT).

¹ Au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

² Régulière : 1 fois par semaine ou plus, lorsque c'était possible.

Une autre caractéristique importante de la pratique, laquelle a un impact autant sur le plan des bénéfices que sur les risques de blessure, est le volume de pratique hebdomadaire (fréquence X durée X intensité). Les résultats obtenus avec cette mesure, définie ici par un indice de dépense énergétique (voir détails en annexe 1), sont présentés au tableau 9. Il est important de noter que les exigences en matière de niveau d'activités physiques recommandées chez les 6 à 17 ans sont plus élevées que chez les 18 ans et plus. On ne peut donc pas comparer directement ces deux groupes d'âge. Globalement, chez les jeunes et les adultes, cet indice montre qu'environ le tiers des répondants atteignent le niveau « Très actif ». La même proportion de gens se retrouve également dans la catégorie « Un peu actif, Très peu actif¹⁴ ou Sédentaire ». Chez les adultes, la proportion de gens « Très actifs » diminue avec l'âge et, à l'opposé, on observe une augmentation des « Un peu actif ou Sédentaire ».

¹⁴ Très peu actif : catégorie présente chez les 6 à 17 ans seulement.

Pour qualifier chaque activité indépendamment, le pourcentage des personnes qui pratiquent l'activité de façon régulière (définie comme une fois ou plus par semaine lorsque c'était possible) a aussi été prise en compte. Cette information se retrouve à l'avant-dernière colonne du tableau 5 ainsi que dans les tableaux complémentaires 30 à 34 présentés à la fin du document. Bien que les cinq activités les plus populaires figurent également parmi celles dont les proportions de pratique régulière sont les plus importantes, elles ne suivent pas toujours le niveau de popularité. Des activités comme les sports de combat, la gymnastique, le hockey sur glace et la danse comptent beaucoup moins d'adeptes, mais ces gens les pratiquent habituellement de manière plus régulière.

Tableau 9 Distribution (%) des niveaux d'activité physique de loisir selon l'âge et le sexe, population âgée de 6 à 74 ans, Québec, 2015-2016.

Caractéristiques	Très actif ^{1,3}	Actif	Moyennement actif	Un peu actif, très peu actif ou Sédentaire
Âge				
6 à 11 ans ²	28,0	18,1	23,8	30,1
12 à 17 ans ²	33,1	11,0	21,5	34,5
Sexe				
Garçons	33,9	15,3	21,7	29,1
Filles	26,7	14,1	23,8	35,4
Tous	30,4	14,7	22,7	32,2
	Très actif ^{1,4}	Actif	Moyennement actif	Un peu actif ou Sédentaire
Âge				
18 à 24 ans	52,9	17,6	10,1	19,4
25 à 34 ans	36,2	21,3	13,3	29,2
35 à 74 ans	30,0	19,5	14,7	35,7
Sexe				
Hommes	37,9	17,6	13,0	31,5
Femmes	29,6	21,6	15,0	33,8
Tous	33,8	19,6	14,0	32,7

^a Excluant les deux activités motorisées (motoneige et véhicule tout terrain) incluses dans le questionnaire.

¹ Très actif : Niveau supplémentaire ajouté aux autres niveaux habituellement utilisés pour décrire les niveaux d'activité physique de la population (voir détails en annexe 1).

² Pratique d'activité physique rapportée par la mère ou le père pour les jeunes de 6 à 17 ans.

³ Le jeu libre, très présent chez les jeunes de 6 à 11 ans, n'est pas mesuré dans cette étude. Ceci explique, en grande partie, la proportion moins élevée que celle estimée pour les jeunes de 12 à 17 ans.

⁴ Un critère moins élevé pour atteindre le niveau Très actif, chez les personnes de 18 ans et plus, explique en grande partie ces proportions plus élevées (exemple : 18 à 24 ans, 52,9%) comparées à celles chez les jeunes de 6 à 11 ans et les jeunes de 12 à 17 ans (voir détails en annexe 1).

4.3 Taux de blessés lors de la pratique d'activités récréatives et sportives

Comme il a été mentionné au début de ce document, l'objectif principal de cette étude est d'estimer les taux de blessés à la suite de la pratique d'activités récréatives et sportives dans la population québécoise âgée de 6 à 74 ans. Les personnes qui ont participé à l'étude devaient mentionner, pour chacune des activités pratiquées au moins une fois dans l'année précédant l'entrevue, s'ils avaient subi une blessure nécessitant la consultation d'un professionnel de la santé. Dans cette section, deux types de taux sont présentés : le taux global de blessés et le taux de blessés par activité.

Taux global de blessés

Le taux global de blessés est défini comme le nombre de personnes ayant rapporté une blessure sur le nombre total de participants à au moins une activité récréative ou sportive (parmi la liste des 26 activités retenues dans l'étude). Il faut garder en mémoire que chaque personne ne court pas le même risque de blessure; cela dépend du nombre d'activités pratiquées, de la fréquence et de l'intensité de pratique de ces activités. Le tableau 10 résume ces taux selon l'âge et le sexe.

Tableau 10 Nombre et taux global de blessés^a au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives^b selon le sexe^c et l'âge^d, Québec, 2015-2016

Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Tous	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux
6 à 11 ans	19 000	73 (56-94)	18 000	70 (53-92)	37 000	71 (59-86)
12 à 17 ans	51 000	210 (181-243)	51 000	221 (190-255)	102 000	215 (193-239)
18 à 24 ans	95 000	267 (226-313)	79 000	231 (192-275)	174 000	249 (220-281)
25 à 34 ans	122 000	227 (194-262)	68 000	130 (107-157)	190 000	179 (158-201)
35 à 74 ans	273 000	137 (118-159)	232 000	119 (103-137)	505 000	128 (115-142)
35 à 54 ans	185 000	172 (143-205)	162 000	158 (132-187)	345 000	165 (145-187)
55 à 74 ans	89 000	97 (75-125)	70 000	76 (58-98)	159 000	86 (72-103)
Tous (6 à 74)	560 000	167 (153-183)	447 000	136 (124-148)	1 007 000	152 (142-162)

^a Taux par 1 000 participants. Intervalles de confiance à 95 % entre parenthèses.

^b Pour les personnes ayant mentionné avoir participé à au moins une activité récréative ou sportive.

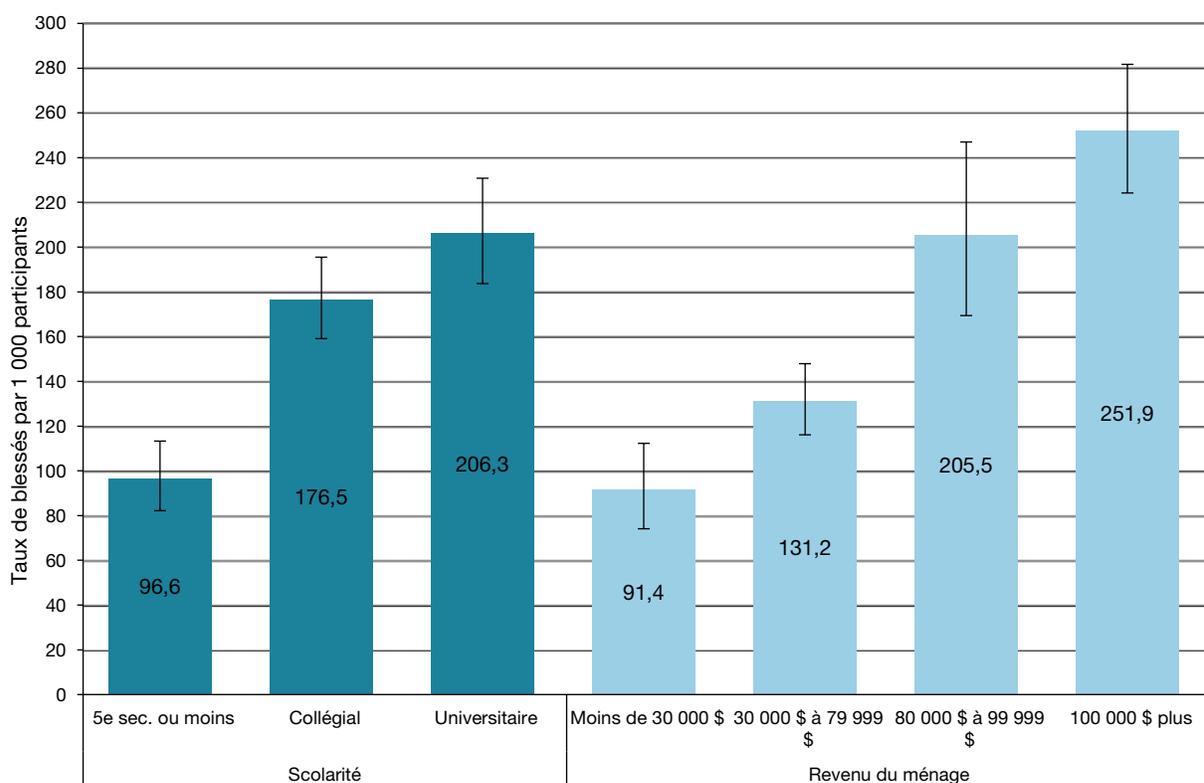
^c Un test statistique de comparaison de taux selon le sexe a été effectué pour chaque groupe d'âge. Le taux identifié en caractères gras et souligné pour un sexe donné est jugé supérieur et statistiquement significatif à un seuil de 5 % à celle de l'autre sexe ou des autres groupes d'âge.

^d Un test statistique de comparaison de taux selon l'âge, sexes réunis, a été effectué. Les taux identifiés en caractères gras et italique sont jugés supérieurs et statistiquement significatifs à un seuil de 5 % à ceux des autres groupes d'âge.

Le taux global de blessés avoisine les 152 blessés par 1 000 participants dans l'ensemble de la population visée par l'étude, représentant un peu plus d'un million de personnes atteintes. C'est donc un phénomène loin d'être marginal et qui incommoder beaucoup de personnes. Les jeunes et les hommes comptent parmi les groupes les plus à risque. Le taux global de blessés est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (167 contre 136). Selon l'âge, les adolescents (215) et les jeunes adultes de 18 à 24 ans (249) affichent des taux significativement plus élevés que les enfants de 6 à 11 ans (71) et les adultes de 35 à 74 ans (128). Dans ce dernier groupe d'âge, les 35 à 54 ans montrent des taux deux fois plus élevés que ceux observés chez les 55 à 74 ans. Seule une différence statistiquement significative est observée entre les hommes et les femmes chez les 25 à 34 ans. Pour les autres groupes d'âge, les taux de blessés sont jugés similaires selon le sexe.

Les taux de blessés ont été également croisés avec deux variables socioéconomiques (la scolarité et le revenu du ménage), le niveau d'activité physique de loisir ainsi que la région de résidence. Le niveau de scolarité et le revenu du ménage présentent une association positive avec les taux globaux de blessés (figure 2). Ainsi, le taux global de blessés est jusqu'à deux fois plus élevé pour les personnes de 18 à 74 ans de scolarité postsecondaire (collégial : 177 blessés par 1 000 participants; universitaire de 206) comparativement à celles ayant un niveau de scolarité plus faible (97). De plus grands écarts sont notés avec les personnes vivant dans un ménage avec un revenu de 100 000 \$ et plus (taux de blessés de 252) lorsque leur taux est comparé à celui des ménages ayant des revenus plus modestes (moins de 30 000 \$: 91). Encore une fois, il faut mentionner que pour ces deux variables, l'âge et le type de pratique peuvent jouer un rôle confondant non négligeable.

Figure 2 Taux global de blessés^a au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives^b, selon la scolarité^c et le revenu du ménage, Québec, 2015-2016



^a Taux par 1 000 participants avec intervalles de confiance à 95 %.

^b Pour les personnes ayant mentionné avoir participé à au moins une activité récréative ou sportive.

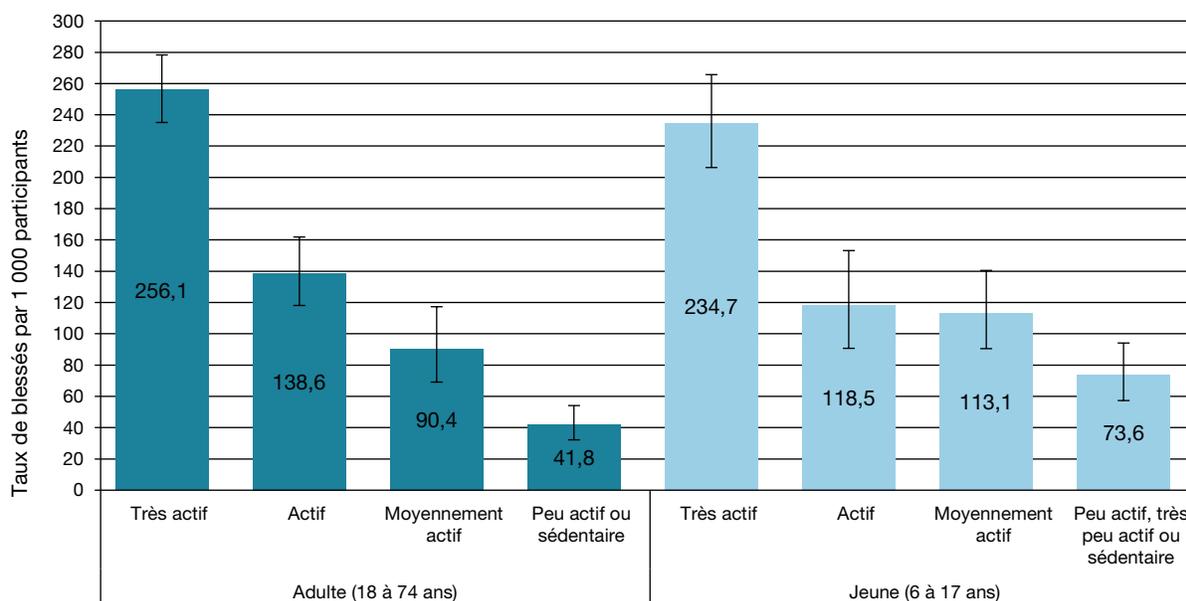
^c Scolarité chez la population de 18 ans et plus.

Le risque de blessure augmente avec le niveau d'activité physique et cela autant chez les adultes que chez les jeunes (figure 3). Cependant, il est important de souligner les taux de blessés chez les personnes jugées très actives. Ces taux sont environ deux fois plus élevés que ceux de la catégorie « Actifs », autant chez les adultes que chez les jeunes. Le volume hebdomadaire d'activité physique, en plus d'être un bon indicateur des bénéfices potentiels, semble aussi être un bon indicateur pour une pratique plus sécuritaire. Doubler le seuil minimal du niveau « Actif »¹⁵, chez les adultes, et

¹⁵ Chez les adultes, le niveau « Actif » correspond à la recommandation supérieure et « Moyennement actif » à la recommandation de base (minimale). Chez les jeunes, il y a une seule recommandation : « Actif » (OMS, 2010).

augmenter ce même seuil¹⁶ de 50 %, chez les jeunes, semblent avoir des répercussions importantes sur les taux de blessés.

Figure 3 Taux global de blessés^a au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives^b, selon le niveau^{c,d} d'activité physique de loisir (APL), Québec, 2015-2016



- ^a Taux par 1 000 participants avec intervalles de confiance à 95 %.
- ^b Pour les personnes ayant mentionné avoir participé à au moins une activité récréative ou sportive.
- ^c Niveau d'APL, excluant la motoneige et le véhicule tout terrain.
- ^d Les critères de classification pour les 18 ans et plus et les 6 à 17 ans ne sont pas les mêmes (voir détails en annexe 1).

En ce qui a trait à la région de résidence, il semblerait que les blessures surviennent plus souvent pour les personnes demeurant dans les grands centres urbains (tableau 11). En effet, même si les taux de blessés semblent similaires pour les personnes habitant dans les RMR (taux de 161 blessés par 1 000 participants), ils sont statistiquement supérieurs à ceux estimés dans les autres régions (131). Ces constats prévalent particulièrement pour les deux sexes et les personnes âgées de 35 à 74 ans. Pour les autres groupes d'âge, de plus grandes fluctuations existent entre les trois grandes régions de résidence.

¹⁶ Le seuil minimal du niveau « Actif », chez les jeunes, est deux fois plus élevé que celui du niveau « Actif » chez les adultes. Pour plus de détails ainsi que des exemples, voir l'annexe 1.

Tableau 11 Nombre et taux global de blessés^a au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives^b, selon la région de résidence, le sexe et l'âge, Québec, 2015-2016

Caractéristiques	RMR Montréal			Autres RMR ¹			Autres régions		
	N	Taux ^{2,3}		N	Taux ^{2,3}		N	Taux ^{2,3}	
Sexe									
Hommes	276 000	170	(147-194)	130 000	193	(165-225)	154 000	147	(127-170)
Femmes	250 000	152	(133-174)	86 000	128	(107-153)	111 000	113	(97-132)
Groupe d'âge									
6 à 11 ans	18 000	67	(50-89)	6 000	61	(39-94)	13 000	86	(64-114)
12 à 17 ans	54 000	218	(184-257)	19 000	202	(163-249)	31 000	219	(184-258)
18 à 24 ans	101 000	278	(233-328)	26 000	186	(137-247)	46 000	242	(197-293)
25 à 34 ans	95 000	168	(139-203)	53 000	240	(197-290)	41 000	150	(120-185)
35 à 74 ans	258 000	138	(117-161)	111 000	142	(117-172)	134 000	106	(88-126)
Tous	526 000	161	(146-177)	216 000	161	(142-181)	265 000	131	(117-146)

^a Taux par 1 000 participants. Intervalles de confiance à 95 % entre parenthèses.

^b Pour les personnes ayant mentionné avoir participé à au moins une activité récréative ou sportive.

¹ Les autres RMR comprennent : Québec, Saguenay, Trois-Rivières, Gatineau et Sherbrooke.

² Taux par 1 000 personnes disant avoir pratiqué au moins une activité au moins une fois en 2015-2016.

³ Intervalles de confiance du taux à 95 % entre parenthèses.

Taux de blessés par activité

Un autre des objectifs visés par l'étude est d'estimer les taux de blessés par activité. Pour ce faire, il était important d'obtenir un nombre suffisant de personnes blessées pour chaque activité afin d'obtenir des estimations avec une précision acceptable. Le fait de surreprésenter les groupes les plus à risque, soit les personnes âgées de 6 à 24 ans permettait, en partie, d'atteindre ce but. Malgré cela, les activités les moins populaires demeurent celles ayant les estimations de taux de blessés les moins précises et sont souvent accompagnées d'un astérisque pour indiquer ce manque de précision (le coefficient de variation étant compris entre 16,6 et 33,3 %, ces taux estimés sont à interpréter avec circonspection).

Le tableau 12 présente ces taux de blessés par activité, de même que les nombres de personnes touchées par ces blessures. Afin de ne pas mettre en valeur une activité en particulier dont le risque de blessure n'est pas statistiquement différent des autres, l'identification de quatre groupes d'activités à surveiller s'est faite sur la base de deux informations : l'évaluation des taux de blessés par 1 000 participants et l'ampleur du nombre de personnes blessées.

Les activités qui obtiennent un risque supérieur de blessure sont le hockey sur glace, la gymnastique, les sports de combat et le football (identifiées en rouge au tableau 12). Celles-ci figurent en tête de liste, car leurs taux de blessés sont supérieurs à 75 par 1 000 participants. Les différences entre les activités de ce groupe ne sont pas statistiquement significatives entre elles, mais le sont davantage avec les autres activités retenues dans l'étude.

Un deuxième groupe d'activités constitué de la course à pied – jogging et du conditionnement physique présente un nombre de blessés supérieurs à 100 000 personnes et un taux de blessés de plus de 50 par 1 000 participants (identifiées en orange dans le tableau 12). Ce groupe peut être considéré à risque moyen de blessures, mais d'ampleur importante puisque pour ces activités, le nombre de blessés atteints dans la population est jugé important (supérieur à 100 000 personnes).

Suit en troisième position, le groupe d'activités présentant aussi des taux passablement élevés de blessés (supérieurs à 50 par 1 000 participants) dont font partie la planche à neige, le soccer et le ski alpin (identifiés en jaune dans le tableau 12). Cependant, puisque ces activités comptent relativement moins d'adeptes dans la population, le nombre de blessés qu'ils représentent est beaucoup moins important.

Enfin, la marche à des fins d'exercice et le vélo sont dignes de mention (identifiés en vert dans le tableau 12), car bien que ces activités affichent un faible taux de blessés comparé aux autres activités retenues (21 par 1 000 participants), elles contribuent chacune à un peu plus de 75 000 personnes blessées. Ce nombre important de personnes blessées est directement lié à la participation très élevée à ces activités (4,8 millions d'adeptes pour la marche à des fins d'exercice et 3,6 millions d'adeptes pour le vélo).

Il faut mentionner que ces groupes d'activités à surveiller sont valides pour l'ensemble des répondants seulement (« Tous » dans le tableau 12). Lorsque la fréquence régulière (une fois ou plus par semaine) est prise en compte, les taux sont beaucoup plus importants pour toutes les activités mentionnées précédemment. Cela peut s'expliquer, en partie, par le fait que les personnes sont plus actives et donc plus exposées au risque de blessure. Toutefois, d'autres activités avec des taux dépassant les 100 blessés par 1 000 participants s'ajoutent : le volleyball, le basketball et le baseball – softball et viennent ainsi compléter le portrait des activités les plus à risque et pratiquées régulièrement.

Tableau 12 Nombre et taux estimés de blessés pour chacune des activités récréatives et sportives^a retenues dans l'étude, selon la fréquence^b, Québec, 2015-2016

Activités ¹	Tous			Fréquence régulière		
	N	Taux ²		N	Taux ²	
Hockey sur glace	97 000	101	(82-123)	83 000	179	(145-220)
Gymnastique ³	22 000	100*	(71-140)	20 000	158*	(110-221)
Sports de combat	44 000	93	(68-126)	31 000	110*	(76-159)
Football ⁴	25 000	82*	(56-120)	16 000	224*	(149-321)
Course à pied—jogging	158 000	65	(54-78)	111 000	91	(75-110)
Planche à neige	31 000	63*	(45-87)	19 000	142*	(92-213)
Soccer	73 000	55	(45-67)	56 000	119	(96-147)
Conditionnement physique	156 000	53	(44-62)	140 000	70	(58-84)
Ski alpin	54 000	51	(38-67)	31 000	97*	(67-138)
Baseball — softball	30 000	45*	(31-66)	24 000	103*	(67-156)
Planche à roulettes ³	18 000	39*	(25-63)	F	F	F
Volleyball ⁴	29 000	38*	(26-54)	19 000	135*	(86-205)
Basketball ⁴	26 000	34*	(23-48)	21 000	118*	(78-173)
Sports de raquette	39 000	25*	(17-36)	23 000	65*	(42-101)
Danse	29 000	24*	(17-34)	24 000	46*	(31-66)
Vélo	81 000	23	(17-29)	63 000	36	(26-48)
Marche à des fins d'exercice	103 000	21	(17-27)	77 000	23	(18-30)
Golf	16 000	20*	(12-35)	F	F	F
Patinage à roues alignées	11 000	12*	(6-22)	F	F	F
Patinage sur glace	28 000	12*	(8-18)	13 000	33*	(20-54)
Natation — baignade	31 000	8*	(6-11)	19 000	14*	(10-21)
Cours d'éducation physique à l'école ⁵	51 000	52	(44-62)	---	---	---
Véhicules hors route (VHR)						
Véhicule tout terrain (VTT)	24 000	14*	(8-23)	7 000	23*	(12-44)

^a Pour les activités « ski de fond, activités nautiques, motoneige et raquette sur neige », la faible proportion de participants ou de nombre de blessés ne permettent pas d'avoir des estimés fiables pour les taux de blessés.

^b Fréquence régulière = au moins une fois par semaine, lorsque la pratique était possible.

¹ Activités à surveiller : en rouge : taux supérieur à 75 par 1 000 participants ; en orange : touchent plus de 100 000 participants en tout en ayant un taux supérieur à 50 par 1 000 participants ; en bleu : taux supérieur à 50 par 1 000 participants, mais touchent moins de 75 000 participants; en vert : touchent plus de 75 000 participants, mais taux inférieur à 50 par 1 000 participants.

² Taux par 1 000 personnes disant avoir pratiqué l'activité en question au moins une fois en 2015-2016. Intervalles de confiance du taux à 95 % entre parenthèses.

³ Chez les personnes de 6 à 44 ans.

⁴ Chez les personnes de 6 à 64 ans.

⁵ Chez les personnes de 6 à 17 ans.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

F Estimations non nulles, mais jugées imprécises (coefficient de variation > 33,3 %); elles ne sont pas présentées.

--- sans objet.

L'analyse des taux de blessés selon le sexe révèle certaines particularités (tableau 13). Le hockey, les sports de combat et le football, activités plus populaires chez les hommes, comptent parmi les activités les plus à risque de blessure pour ce sexe. Chez les femmes, la gymnastique est l'activité qui cause le plus de blessures par participante. Le basketball et le volleyball affectent également plus souvent les femmes que les hommes, mais avec des taux de blessés plus faibles (autour de 60 blessés par 1 000 participantes). Pour les autres activités plus à risque de blessure, les taux sont jugés similaires pour les deux sexes.

Tableau 13 Nombre et taux estimés de blessés pour chacune des activités récréatives et sportives^a retenues dans l'étude, selon le sexe, Québec, 2015-2016

Activités	Homme		Femme	
	N	Taux ¹	N	Taux ¹
Hockey sur glace	62 000	114 (92-139)	F	F
Gymnastique ²	F	F	17 000	106* (73-151)
Sports de combat	37 000	120* (84-167)	F	F
Football ³	23 000	95* (64-141)	F	F
Course à pied—jogging	82 000	66 (50-87)	75 000	65 (52-81)
Planche à neige	19 000	60* (39-92)	11 000	67* (40-111)
Soccer	50 000	56 (43-72)	22 000	53 (39-72)
Conditionnement physique	82 000	58 (45-74)	75 000	48 (38-60)
Ski alpin	23 000	39* (24-62)	31 000	66* (46-93)
Baseball — softball	23 000	47* (30-74)	F	F
Planche à roulettes ²	13 000	38* (24-62)	F	F
Volleyball ³	9 000	21* (12-39)	20 000	58* (37-90)
Basketball ³	11 000	22* (13-36)	15 000	58* (35-94)
Sports de raquette	22 000	24* (15-39)	17 000	26* (15-45)
Danse	F	F	27 000	32* (22-46)
Vélo	47 000	24* (17-34)	33 000	21* (15-30)
Marche à des fins d'exercice	32 000	14* (9-22)	71 000	28 (21-37)
Golf	10 000	16* (9-31)	F	F
Patinage à roues alignées	F	F	F	F
Patinage sur glace	F	F	18 000	17* (11-26)
Natation — baignade	17 000	9* (6-15)	14 000	7* (5-11)
Cours d'éducation physique à l'école ⁴	25 000	51 (40-64)	26 000	54 (43-68)
Véhicules hors route (VHR)				
Véhicule tout terrain (VTT)	23 000	23* (14-38)	F	F

^a Pour les activités « ski de fond, activités nautiques, motoneige et raquette sur neige », la faible proportion de participants ou de nombre de blessés ne permet pas d'avoir des estimés fiables pour les taux de blessés.

¹ Taux par 1 000 personnes disant avoir pratiqué l'activité en question au moins une fois en 2015-2016. Intervalles de confiance du taux à 95 % entre parenthèses.

² Chez les personnes de 6 à 44 ans.

³ Chez les personnes de 6 à 64 ans.

⁴ Chez les personnes de 6 à 17 ans.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

F Estimations non nulles, mais jugées imprécises (coefficient de variation > 33,3 %); elles ne sont pas présentées.

Les adolescents (12 à 17 ans) et les jeunes adultes (18 à 34 ans) qui affichaient des taux globaux de blessés les plus élevés demeurent également parmi les groupes d'âge les plus à risque lorsque ces taux sont déterminés par activité. En effet, aux tableaux 14 et 15, figurent plusieurs activités présentant des taux importants de blessés chez les 12 à 17 ans et les 18 à 34 ans respectivement. Parmi les jeunes de 12 à 17 ans, six activités sont considérées à plus haut risque de blessure. Le football et la gymnastique arrivent en tête de liste avec un peu plus de 130 blessés par 1 000 participants. Cependant, comme ces activités ne sont pratiquées que par un petit nombre d'adeptes, cela affecte, en nombre absolu, 7 000 et 5 000 adolescents respectivement. Suivent en ordre d'importance le hockey sur glace, le soccer, les cours d'éducation physique et le baseball – softball. Puisque la majorité des jeunes de 12 à 17 ans suivent des cours d'éducation physique à l'école (nombre estimé à 474 000), le taux relativement élevé enregistré pour ces cours mène au nombre estimé le plus important de jeunes déclarants une blessure (38 000).

Tableau 14 Nombre et taux estimés de blessés pour les activités récréatives et sportives les plus à risque chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans, Québec, 2015-2016

Activités	N	Taux ¹	Intervalle de confiance ²
Football	7 000	146*	(100-209)
Gymnastique	5 000	135*	(80-220)
Hockey sur glace	12 000	116	(84-158)
Soccer	17 000	111	(85-144)
Cours d'éducation physique	38 000	82	(68-99)
Baseball – softball	3 000	76*	(40-139)
Basketball	8 000	63*	(41-96)
Volleyball	5 000	61*	(37-99)
Danse	4 000	56*	(32-97)
Planche à neige	4 000	56*	(30-101)
Planche à roulettes	3 000	26*	(14-46)
Course à pied – Jogging	4 000	20*	(11-36)
Natation	5 000	15*	(8-28)
Vélo	3 000	11*	(6-19)

¹ Taux par 1 000 personnes disant avoir pratiqué l'activité en question au moins une fois en 2015-2016.

² Intervalles de confiance du taux à 95 % entre parenthèses.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

Les estimations pour les autres activités ne sont pas suffisamment précises pour être présentées.

Pour les jeunes adultes, un peu moins d'activités se situent dans la catégorie des taux de 75 blessés et plus par 1 000 participants. En plus de la gymnastique et du hockey sur glace, mentionnés pour le groupe des adolescents, figurent maintenant deux autres activités de pratique individuelle : les sports de combat et la planche à neige. Non loin derrière, avec des taux autour de 60 blessés par 1 000 participants, trois activités sont dignes de mention touchant passablement plus de personnes : le jogging – course à pied (66 000 blessés), le soccer (31 000) et le conditionnement physique (64 000).

Tableau 15 Nombre et taux estimés de blessés pour les activités récréatives et sportives les plus à risque chez les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans, Québec, 2015-2016

Activités	N	Taux ¹	Intervalle de confiance ²
Gymnastique	10 000	198*	(112-326)
Sports de combat	23 000	112*	(76-161)
Hockey sur glace	40 000	108	(82-141)
Planche à neige	22 000	81*	(53-120)
Course à pied – Jogging	66 000	63	(51-77)
Soccer	31 000	62	(46-84)
Conditionnement physique	64 000	59	(47-74)
Football	10 000	57*	(33-98)
Planche à roulettes	11 000	54*	(30-96)
Danse	13 000	43*	(26-70)
Baseball – softball	10 000	40*	(24-65)
Ski alpin	11 000	39*	(24-63)
Basketball	13 000	37	(22-63)
Volleyball	13 000	31*	(20-50)
Vélo	25 000	26*	(18-38)
Sports de raquette	12 000	20*	(12-33)
Véhicule tout terrain (VTT)	11 000	20*	(12-31)
Marche à des fins d'exercice	20 000	16*	(11-24)
Patinage sur glace	8 000	12*	(7-21)
Natation	11 000	10*	(6-17)

¹ Taux par 1 000 personnes disant avoir pratiqué l'activité en question au moins une fois en 2015- 2016.

² Intervalles de confiance du taux à 95 % entre parenthèses.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

Les estimations pour les autres activités ne sont pas suffisamment précises pour être présentées.

Le tableau 16 présente les résultats pour les adultes plus âgés. Les sports de combat et le hockey sur glace se retrouvent encore une fois parmi les activités les plus à risque de blessure. La course à pied, qui représente près de 80 000 blessés chez les adeptes de 35 à 74 ans et le ski alpin, sont les deux autres activités affichant des taux supérieurs à 75 blessés par 1 000 participants. Finalement, le conditionnement physique avec un taux de blessés de 55 (90 000 personnes atteintes) et, dans une moindre mesure, la marche à des fins d'exercice (taux de 27 et plus de 80 000 personnes atteintes) se doivent d'être soulignés à cause de leur popularité chez ce groupe d'âge.

Tableau 16 Nombre et taux estimés de blessés pour les activités récréatives et sportives les plus à risque chez les adultes âgés de 35 à 74 ans, Québec, 2015-2016

Activités	N	Taux ¹	Intervalle de confiance ²
Sports de combat	17 000	132*	(71-232)
Hockey	44 000	116*	(81-165)
Course à pied – Jogging	79 000	83	(64-108)
Ski alpin	40 000	75*	(52-107)
Baseball – softball	17 000	58*	(31-104)
Conditionnement physique	90 000	55	(43-71)
Soccer	20 000	47*	(28-78)
Sports de raquette	27 000	39*	(24-62)
Golf	15 000	29*	(16-51)
Marche à des fins d'exercice	82 000	27	(20-35)
Vélo	48 000	26*	(18-38)
Patinage sur glace	15 000	15*	(8-27)
Natation	13 000	7*	(4-12)

¹ Taux par 1 000 personnes disant avoir pratiqué l'activité en question au moins une fois en 2015- 2016.

² Intervalles de confiance du taux à 95 % entre parenthèses.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

Les estimations pour les autres activités ne sont pas suffisamment précises pour être présentées.

Les taux de blessés par activité ont fait l'objet de croisement avec la région de résidence, la scolarité et le revenu du ménage (tableaux complémentaires 38 à 40 présentés à la section 8). À la lumière des résultats, selon la région de résidence, aucune activité n'offre un comportement particulier en ce qui a trait aux blessures. En fait, l'ordre des activités, les plus à risque de blessure, est sensiblement le même pour l'ensemble du Québec que pour chaque strate formée par les trois régions de résidence.

Finalement, les sports de combat et le hockey sur glace affichent des taux de blessés très élevés dans toutes les catégories de scolarité et de revenus du ménage pour lesquelles ces estimations obtiennent une assez bonne précision. La course à pied – jogging est une autre activité à surveiller qui touche plus particulièrement les personnes de scolarité de niveau universitaire et celles vivant dans les ménages avec des revenus annuels moyens de 80 000 \$ et plus.

4.4 Description des blessures

Les résultats sur les caractéristiques reliées aux blessures mentionnées par les répondants font l'objet de cette section. Plus précisément, des questions étaient posées à propos de la nature de la blessure, des parties du corps atteintes, les circonstances entourant la survenue de celles-ci, de même que le port de certains équipements protecteurs (casque, VFI). Si plus d'une blessure est subie pour une même activité, le répondant était invité à décrire la blessure la plus grave. À l'exception des taux de blessés sévères, définis notamment selon la nature des blessures ou la présence d'un transport par ambulance, l'univers visé porte sur l'ensemble des blessures. Ainsi, certaines blessures peuvent provenir d'un même individu lorsqu'elles concernent plus d'une activité.

Nature de la blessure et parties du corps atteintes

Pour les deux sous-questions portant sur la nature de la blessure et les parties du corps atteintes, elles étaient considérées comme semi-ouvertes puisque l'interviewer avait pour consigne de laisser le répondant s'exprimer librement sur celles-ci et de consigner ensuite les informations dans les catégories prédéfinies. Si ce n'était pas possible pour l'interviewer de déterminer une catégorie prédéfinie avec la réponse donnée, il devait alors transcrire la réponse au long pour une reclassification post-entrevue qui a été réalisée par des experts du sujet.

Le tableau 17 et une partie du tableau 18 résument les répartitions des catégories pour ces deux variables. Un peu plus des deux tiers de blessures sont en lien avec les entorses ou « foulures ». Suivent les tendinites-bursites-périostites (16 %), les claquages musculaires (12 %) et les fractures (12 %). Il y a tout de même 6 % des blessures qui sont associées à des natures assez graves que sont les commotions cérébrales et autres traumatismes cérébraux ainsi que les déchirures ligamentaires ou musculaires (5 %). Les éraflures-meurtrissures-cloques sont aussi relevées dans une proportion de 5 %. D'autres types de blessures ont été mentionnés, mais sont considérés marginaux. En ce qui a trait aux parties du corps atteintes, plus de la moitié concerne les membres inférieurs, dont le genou et la partie inférieure de la jambe (25 %), la cheville ou le pied (19 %) et la cuisse (4 %). Les membres supérieurs forment la deuxième grande catégorie touchée avec, plus précisément, épaules et bras (11 %) et poignet et main (7 %). La partie inférieure du dos ou de la colonne vertébrale (12 %) et la tête (7 %) complètent le tout.

Tableau 17 Distribution de la nature des blessures et des parties du corps atteintes, Québec, 2015-2016

Blessure			
Nature de la blessure ¹	%	Partie du corps	%
Entorse/« foulure »	34,6	Genou, partie inférieure de la jambe	25,1
Tendinite — bursite — périostite	16,3	Chevilles, pied	19,1
Claquage musculaire	12,3	Partie inférieure du dos ou de la colonne vertébrale	12,0
Fracture	12,2	Épaule, bras	10,7
Commotion ou autre traumatisme cérébral	5,8	Tête (sauf yeux)	7,5
Éraflure — meurtrissure — cloque	4,8	Poignet, main	7,3
Déchirure ligamentaire/musculaire	4,8	Cuisse	3,7
Dislocation	3,8	Hanche	3,2
Lésion des organes internes	2,7	Partie supérieure du dos ou de la colonne vertébrale	3,0
Coupure — perforation — plaie ouverte	2,0	Coude, avant-bras	2,3

¹ D'autres types de blessures et d'autres parties du corps ont été mentionnés, mais ils sont marginaux.

Note : la colonne de droite (partie du corps) ne doit pas être associée à la ligne correspondante de la colonne de gauche (nature de la blessure).

Taux global de blessés sévères

Les taux globaux de blessés ainsi que ceux par activité se rapportaient aux blessures ayant nécessité une consultation d'un professionnel de la santé, mais qu'en est-il de ces taux pour des blessures jugées plus graves ou sévères ? La nature de la blessure décrite précédemment peut servir à proposer un indice de sévérité. Comme pour les éditions précédentes de l'ÉBARS, une blessure caractérisée par une fracture (à l'exception de dents cassées), une dislocation, une commotion ou autre traumatisme cérébral, une lésion aux organes internes ou étant de nature multiple peut être

considérée comme plus sévère que les autres. À cela peut s'ajouter la présence de déchirure ligamentaire ou musculaire comme nature de la blessure mentionnée dans la catégorie « Autre blessure » ou la présence d'un transport par ambulance, une nouvelle variable incluse dans cette édition. Il serait alors possible de broser un portrait plus juste de l'importance et de l'impact des blessures dans la population. Pour simplifier les résultats sur les parties du corps atteintes, quatre régions corporelles sont proposées : tête-cou, membres supérieurs, membres inférieurs et tronc.

Alors qu'on estime à un peu plus d'un million de personnes blessées en 2015-2016, peu importe la nature de leur blessure, un peu moins de 30 % d'entre eux (306 000 personnes) ont subi des blessures considérées comme sévères (tableau 18). Cela représente un taux global de blessés sévères de l'ordre de 46 par 1 000 participants. En gros, la même tendance que pour l'ensemble des blessures selon le sexe et l'âge est également observée pour les blessures sévères. Ainsi, le taux global de blessés sévères est très important parmi les hommes (55) et les personnes âgées de 12 à 24 ans (75 pour les 12 à 17 ans et 89 pour les 18 à 24 ans) comparativement aux femmes et aux autres groupes d'âge respectivement. Pour les parties du corps atteintes, la région tête-cou est plus souvent le lot des jeunes de moins de 25 ans.

Tableau 18 Nombre et taux global estimés de blessés sévères^a, proportion des blessures sévères et des parties du corps atteintes parmi l'ensemble des blessures, selon le sexe et l'âge, Québec, 2015-2016

Caractéristiques	N	Taux ^{1,2}	Blessures (%)					
			Sévères	Parties du corps				
				Tête-cou	Membres supérieurs	Membres inférieurs	Tronc	
Sexe								
Hommes	184 000	55 (47-64)	30,6	12,2	22,1	47,4	17,1	
Femmes	116 000	37 (31-44)	24,6	7,6	17,9	55,8	17,7	
Âge								
6 à 11 ans	11 000	21* (15-30)	28,1	18,2*	21,1*	46,7	13,9*	
12 à 17 ans	36 000	75 (63-91)	31,2	20,5	18,6	46,4	13,7	
18 à 24 ans	61 000	89 (72-111)	34,1	13,5	23,0	50,0	10,9*	
25 à 34 ans	58 000	56 (44-69)	27,6	8,3*	23,7	50,5	16,4	
35 à 74 ans	140 000	36 (29-44)	25,6	7,0*	18,5	52,4	21,4	
Tous	306 000	46 (41-52)	28,0	10,2	20,3	51,1	17,4	

^a Comprend un transport par ambulance ou la présence d'un des types de blessures suivantes : les fractures (à l'exception des dents), les dislocations, les commotions ou autres traumatismes cérébraux, les lésions aux organes internes et les blessures multiples, les déchirures ligamentaires ou musculaires.

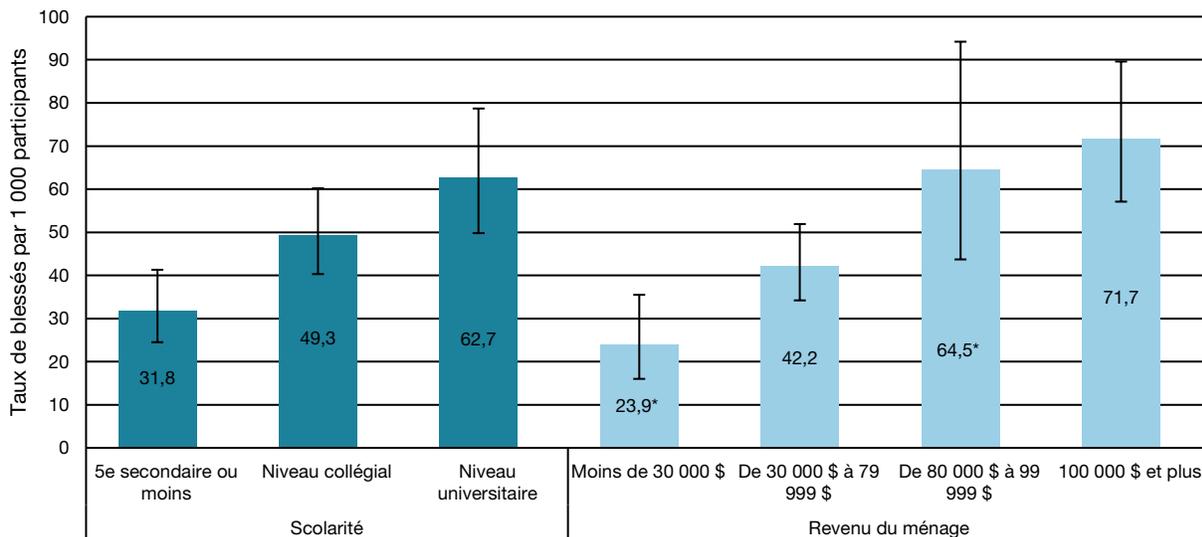
¹ Taux par 1 000 personnes disant avoir pratiqué au moins une activité au moins une fois en 2015-2016. Intervalles de confiance du taux à 95 % entre parenthèses.

² Des tests statistiques de comparaison de taux ont été effectués. Le taux identifié en caractères gras et souligné pour un sexe ou un groupe d'âge donné est jugé supérieur et statistiquement significatif à un seuil de 5 % à celui de l'autre sexe ou des autres groupes d'âge respectivement.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

Les figures 4 et 5 montrent la répartition de ces taux globaux de blessés sévères d'après la scolarité, le revenu du ménage et le niveau d'activité physique de loisir. Des constats similaires à ceux pour l'ensemble des blessures sont encore observés. Les personnes de niveau de scolarité postsecondaire et vivant dans un ménage ayant un revenu de 80 000 \$ ou plus sont plus à risque de subir une blessure sévère. Les personnes « très actives » durant leurs temps libres (figure 5) obtiennent des taux frôlant les 80 blessés par 1 000 participants. Comparativement aux autres catégories, les adultes très actifs se démarquent énormément rejoignant même le taux des 6 à 17 ans classés dans ce même niveau.

Figure 4 Taux global de blessés sévères^{a,b} au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives selon deux définitions de sévérité, la scolarité et le revenu du ménage chez les adultes (18 à 74 ans), Québec, 2015-2016

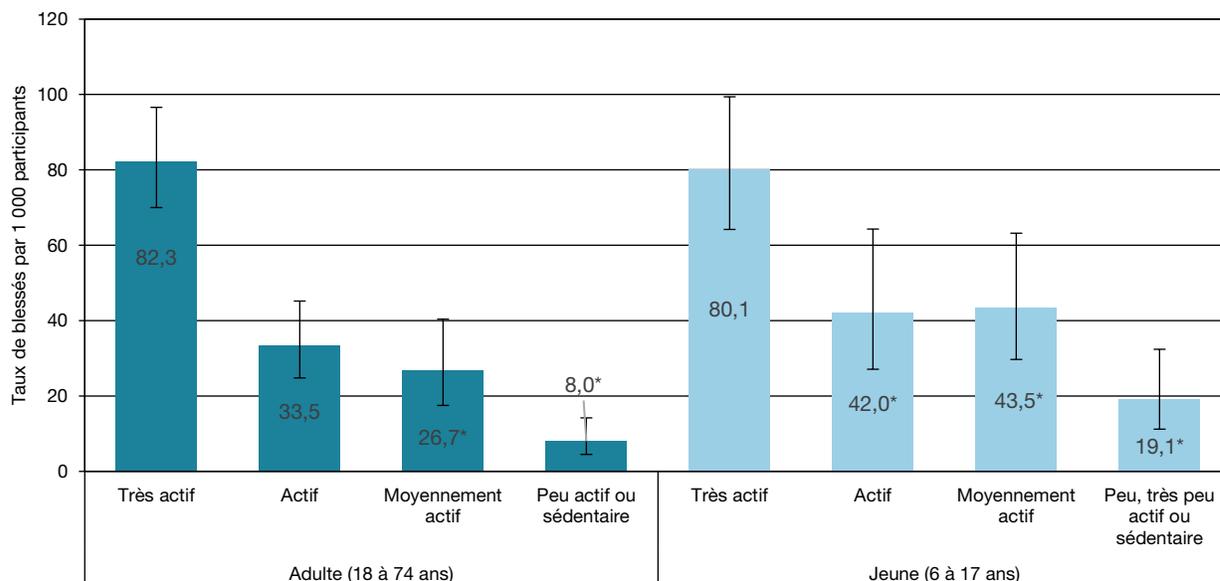


^a Comprend un transport par ambulance ou la présence d'un des types de blessures suivantes : les fractures, les dislocations, les commotions ou autres traumatismes cérébraux, les lésions aux organes internes et les blessures multiples, les déchirures ligamentaires ou musculaires.

^b Taux par 1 000 participants avec intervalles de confiance à 95 %.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

Figure 5 Taux global de blessés sévères^{a,b} au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives, selon le niveau d'activité physique de loisir, Québec, 2015-2016



^a Comprend un transport par ambulance ou la présence d'un des types de blessures suivantes : les fractures, les dislocations, les commotions ou autres traumatismes cérébraux, les lésions aux organes internes et les blessures multiples, les déchirures ligamentaires ou musculaires.

^b Taux par 1 000 participants avec intervalles de confiance à 95 %.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

Finalement, comme il n'est pas possible d'estimer avec une assez bonne précision les taux de blessés sévères par activité, le tableau 19 présente plutôt, pour chaque activité, la part des blessures sévères parmi l'ensemble des blessures¹⁷. S'y trouvent également les répartitions des blessures selon les parties du corps atteintes pour les activités ayant un nombre suffisant de blessés.

Plus de la moitié des blessures survenues lors de la pratique de la planche à neige et du football sont jugées sévères et touchent, pour la plupart, le complexe tête-cou. Les blessures subies au cours de la pratique du patinage sur glace, de la planche à roulettes, du vélo, du ski alpin, des sports de combat et du hockey sont aussi très préoccupantes, car plus du tiers sont considérées sévères et sont nettement au-dessus de la moyenne du 23 % observée pour l'ensemble des activités. Il faut aussi mentionner que les activités motorisées obtiennent des proportions de blessures sévères supérieures à 25 %. Pour les parties du corps atteintes, la tendance va aux membres inférieurs, ce qui avait aussi été noté pour l'ensemble des blessures.

¹⁷ Les blessures sévères surviennent généralement pour les activités les moins populaires, donc ayant peu d'adeptes dans la population.

Tableau 19 Proportion (%) des blessures sévères et des parties du corps atteintes parmi l'ensemble des blessures, selon l'activité pratiquée^a, Québec, 2015-2016

Activités	Blessures				
	Sévères ¹	Parties du corps			
		Tête-cou	Membres supérieurs	Membres inférieurs	Tronc
Planche à neige	65,4	34,9*	24,2*	F	F
Football	57,8*	37,4*	F	30,9*	F
Vélo	53,1	17,3*	21,2*	40,8	20,4*
Ski alpin	51,2	18,6*	13,6*	46,2	20,3*
Patinage sur glace	50,5*	F	26,8*	31,0*	F
Basketball	43,9*	F	30,0*	58,0	F
Sports de combat	42,7*	F	38,9*	28,3*	F
Planche à roulettes	41,9*	F	37,2*	54,1*	F
Hockey sur glace	41,1	21,4*	22,4*	40,3	13,8*
Soccer	30,8*	F	F	83,6	F
Conditionnement physique	14,8*	F	28,5*	32,9	37,0
Marche à des fins d'exercice	12,5*	F	F	73,3	12,0*
Course à pied – jogging	10,1*	F	F	85,5	12,6*
Patinage à roues alignées	F	F	F	57,4*	F
Natation -baignade	F	20,1*	45,7*	28,1*	F
Baseball – softball	F	F	41,4*	50,2*	F
Golf	F	F	66,7*	F	F
Danse	F	F	F	65,5	F
Gymnastique	F	F	F	40,4*	23,0*
Volleyball	F	F	52,2*	41,0*	F
Sports de raquette	F	F	38,9*	34,2*	F
Véhicules hors route (VHR)					
Véhicule tout terrain (VTT)	50,1*	F	F	F	42,9*
Motoneige	27,4	13,2*	14,7	53,4	18,7*

^a Pour les activités « ski de fond, activités nautiques et raquette sur neige », la faible proportion de participants ou de nombre de blessés ne permet pas d'avoir des estimés fiables pour les proportions présentées dans ce tableau.

¹ Comprend un transport par ambulance ou la présence d'un des types de blessures suivantes : les fractures, les dislocations, les commotions ou autres traumatismes cérébraux, les lésions aux organes internes et les blessures multiples, les déchirures ligamentaires ou musculaires.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

F : Estimations non nulles, mais jugées imprécises (coefficient de variation > 33,3 %); elles ne sont pas présentées.

Circonstances de la blessure et le port du casque protecteur

D'autres questions se rapportaient aux blessures et certains résultats méritent d'être soulignés. Tout d'abord, pour une blessure subie au cours de la pratique de la marche à des fins d'exercice ou de la course à pied – jogging, les répondants devaient dire à quel endroit elle était survenue et si des conditions hivernales prévalaient à ce moment-là. Bien que des faibles effectifs sont en jeu, 60 % et 80 % des blessures sont survenues sur ou près de la voie publique pour la marche à des fins d'exercice et la course à pied – jogging respectivement. Des conditions hivernales étaient observées dans le quart des blessures pour la marche à des fins d'exercice et dans 10 % pour la course à pied – jogging. Ces conditions semblent affecter davantage les femmes que les hommes (données non présentées).

Une autre question portait sur le transport en ambulance qui peut être perçu comme une mesure de gravité de la blessure. En général, les blessures impliquent peu l'utilisation de ce service paramédical (6 % dans l'ensemble des blessures). Par contre, si le regard est fait selon les activités pratiquées, cette analyse révèle que ce service est très présent pour les blessures subies en motoneige (55 %), en VTT (31 %) et en vélo (28 %). Avec près d'une blessure sur six, le football et la planche à neige utilisent davantage le transport en ambulance que les autres activités (données non présentées).

Enfin, l'interviewer posait de nouveau la question sur le port du casque protecteur pour les personnes ayant mentionné une blessure pour les activités qui requièrent habituellement cet équipement protecteur. Le principal constat est que la proportion de personnes qui portent un casque est généralement supérieure pour les personnes qui pratiquent l'activité de façon régulière ainsi que pour les personnes blessées comparativement à ce qui est observé pour l'ensemble des répondants (tableau 20). Cela n'est pas en lien avec l'efficacité du casque, mais sur le fait que les blessés, qui pratiquent davantage l'activité de façon régulière, sont davantage exposés au risque de blessure. De plus, le calcul de la proportion du port du casque chez les blessés ne tient pas compte des personnes ayant subi ou non une blessure à la tête (la question était posée d'emblée pour toutes les personnes ayant subi une blessure). Il y a tout de même quelques exceptions : le port du casque semble moins important chez les blessés adeptes de la planche à roulettes (porté à 13 % chez les blessés contre 32 % pour l'ensemble des participants à cette activité). Le contraire est observé chez les cyclistes (73 % contre 56 %) et les hockeyeurs (94 % contre 71 %).

Tableau 20 Proportion du port du casque protecteur chez les personnes blessées et dans la population générale selon certaines activités pratiquées et l'âge, Québec, 2015- 2016

Activités	Blessés				Population générale	
	6 à 17 ans	18 à 34 ans	35 à 74 ans	Tous	Fréquence régulière ²	Tous
Vélo	75,2	51,9	84,9	73,1	62,0	56,1
Patinage à roues alignées	16,0	41,8	27,0	29,8	34,8	37,6
Planche à roulettes ¹	34,0	7,9	---	13,4	30,4	32,1
Hockey sur glace	96,0	96,8	91,5	94,3	88,8	70,5
Patinage sur glace	61,0	3,1	25,6	23,8	45,3	29,5
Surf des neiges	100	66,7	76,3	73,3	83,4	78,7
Ski alpin	100	85,6	80,3	82,6	87,4	77,8
Véhicule tout terrain	100	84,1	43,6	69,1	77,4	76,2
Motoneige	100	100	100	100	91,6	89,1

¹ Chez les personnes de 6 à 44 ans.

² Fréquence régulière = au moins une fois par semaine, lorsque la pratique était possible.

--- Ne s'appliquait qu'aux personnes de 35-44 ans de ce groupe d'âge. Pas assez de répondants pour produire une estimation fiable.

4.5 Consultation de professionnels de la santé et limitation d'activité

Après avoir passé en revue la présence de blessures pour chacune des activités pratiquées, l'entrevue se poursuivait, s'il y a lieu, avec des questions sur le type de professionnels de la santé consultés et la durée de limitation des activités quotidiennes entourant la blessure la plus grave.

Consultation de professionnels de la santé

Les résultats portant sur les consultations de quatre grands groupes de professionnels de la santé sont présentés aux tableaux 21 et 22 selon le sexe et le groupe d'âge des personnes blessées. Plus de la moitié des blessés (58 %) déclarent avoir consulté des médecins généralistes pour leur blessure la plus grave et cette proportion est similaire pour les deux sexes. Cela représente environ 585 000 personnes âgées de 6 à 74 ans. La consultation des médecins généralistes diminue cependant avec l'âge passant de 69 % chez les jeunes de 6 à 11 ans à 57 % chez les personnes de 35 à 74 ans. Une tendance inverse est observée quant à la consultation de spécialistes en médecine du sport. Le deuxième groupe de professionnels de la santé les plus sollicités est associé aux chiropraticiens, aux physiothérapeutes et aux ergothérapeutes avec une proportion globale de près de 50 %. Par contre, les jeunes de 6 à 11 ans se comportent différemment à cet égard avec une proportion plus faible de l'ordre de 28 %. En regroupant tous les médecins spécialistes, c'est environ 40 % des blessures qui ont demandé la consultation de tels spécialistes. Le type de spécialistes varie selon l'âge, les adultes consultant plus souvent un spécialiste en médecine du sport tandis que les jeunes de 6 à 11 ans s'adressent plus souvent à un autre médecin spécialiste, possiblement un pédiatre. Les répondants ont également déclaré en grand nombre d'autres professionnels de la santé (25 %) tels une infirmière ou un intervenant en médecine douce.

Tableau 21 Proportion de consultations de professionnels de la santé pour la blessure la plus grave, selon le type de professionnel et le sexe, Québec, 2015-2016

Spécialiste de la santé	Hommes		Femmes		Tous	
	N	%	N	%	N	%
Médecin généraliste	329 000	58,8	256 000	57,2	585 000	58,1
Médecin spécialisé en médecine du sport	94 000	16,8	81 000	18,0	174 000	17,3
Autre médecin spécialiste	142 000	25,4	101 000	22,6	243 000	24,2
Chiropraticien, ergothérapeute, physiothérapeute	254 000	45,4	238 000	53,2	492 000	48,9
Autres ¹	123 000	21,9	133 000	29,8	256 000	25,4

¹ Par exemple, infirmière, intervenant en médecine douce.

Tableau 22 Proportion de consultations de professionnels de la santé pour la blessure la plus grave, selon le type de professionnel et l'âge, Québec, 2015-2016

Spécialiste de la santé	6 à 11 ans		12 à 17 ans		18 à 34 ans		35 à 74 ans	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médecin généraliste	26 000	69,2	61 000	60,0	206 000	56,6	290 000	57,4
Médecin spécialisé en médecine du sport	4 000	10,4*	15 000	14,9	69 000	19,0	87 000	17,3
Autre médecin spécialiste	11 000	29,1	22 000	21,9	72 000	19,9	132 000	26,1
Chiropraticien, ergothérapeute, physiothérapeute	10 000	28,1	49 000	48,3	188 000	51,6	249 000	49,3
Autres ¹	5 000	12,3*	20 000	19,6	91 000	24,9	143 000	28,4

¹ Par exemple, infirmière, intervenant en médecine douce.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

--- Estimations non nulles, mais jugées imprécises (coefficient de variation > 33,3 %); elles ne sont pas présentées.

En ce qui concerne le volume de consultations, les nombres moyens et médians de consultations dans l'année précédant la survenue de la blessure la plus grave (tableau 23) sont plus importants chez le groupe constitué des chiropraticiens, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, et ce, pour tous les groupes d'âge. Chez les 18-34 ans, ces estimations atteignent des sommets avec 8 consultations en moyenne (5 pour la médiane). Il faut également souligner l'apport tout aussi considérable de la part de médecins spécialistes qui, tout comme le groupe précédent, sont appelés à donner des traitements qui peuvent nécessiter plusieurs consultations.

Tableau 23 Nombre moyen et médian de consultations de professionnels de la santé pour la blessure la plus grave, selon le type de spécialiste et l'âge, Québec, 2015-2016

Spécialiste de la santé	6 à 11 ans	12 à 17 ans	18 à 34 ans	35 à 74 ans	6 à 74 ans
	Moy. (Méd.)				
Médecin généraliste	1,6 (F)	2,0 (F)	2,2 (1,0)	2,2 (F)	2,1 (0,9)
Médecin spécialisé en blessure d'origine sportive	1,8* (F)	5,2* (2,4)	4,5 (3,0)	4,5 (2,6)	4,9 (2,6)
Autre médecin spécialiste	2,1 (1,6*)	3,4 (1,8)	3,9 (2,3)	3,9 (1,9)	4,6 (2,0)
Chiropraticien, ergothérapeute, physiothérapeute	3,4* (2,1*)	5,8 (3,3)	8,0 (4,9)	8,0 (4,1)	8,5 (4,3)
Autres ¹	2,2 (1,3*)	2,9 (1,8)	4,9* (2,1)	4,9* (2,4)	4,4 (2,2)

¹ Par exemple, infirmière, intervenant en médecine douce.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

F Estimations non nulles, mais jugées imprécises (coefficient de variation > 33,3 %); elles ne sont pas présentées.

Limitations des activités quotidiennes

Les blessures peuvent être très handicapantes pour certaines personnes, au point de limiter leurs activités quotidiennes. Les répondants, ayant subi une ou plusieurs blessures, étaient interrogés sur le nombre de jours où ils avaient dû limiter leurs activités quotidiennes à la suite de leurs blessures. Ils devaient aussi spécifier le nombre de jours d'arrêt de travail (ou d'école) ainsi que d'activités récréatives et sportives. Près de 7 personnes blessées sur 10 participants, ce qui représente 700 000 personnes dans la population, ont vécu des limitations dans leurs activités quotidiennes pour leur blessure jugée la plus grave (tableau 24). Cela se traduit à près de 30 jours d'inactivité totale en moyenne, dont 15 jours en moyenne pour le travail ou l'école chez les adultes. Les importants écarts observés entre les moyennes et les médianes signifient que certaines personnes sont très affectées par ces blessures et d'autres moins. Aucune différence significative n'est décelée dans les proportions de gens ayant des limitations d'activités selon l'âge et le sexe. Par contre, les adultes montrent des moyennes de nombre de jours en limitations beaucoup plus élevées que chez les plus jeunes, mais les médianes sont comparables suggérant ainsi que quelques personnes adultes semblent être très touchées par leur blessure. Enfin, ces nombres moyens et médians sont beaucoup plus importants pour la limitation dans la reprise de la pratique des activités récréatives et sportives. Les blessés ont une période de limitation d'activités récréatives et sportives de 40 jours en moyenne, soit 25 jours de plus que pour le travail ou l'école.

Tableau 24 Proportion (%) de gens ayant mentionné des limitations d'activités et nombre de jours moyen et médian de limitation d'activité (totale, au travail et dans les activités récréatives et sportives) pour la blessure la plus grave, selon le sexe et l'âge, Québec, 2015-2016

Caractéristiques	N	%	Totale		Travail/École ¹		Récréatives et sportives ¹	
			Moy.	Méd.	Moy.	Méd.	Moy.	Méd.
Sexe								
Hommes	381 000	68,0	29,3	5,5	16,5	Asym.	39,8	6,7*
Femmes	320 000	71,6	30,7	6,8	12,7	Asym.	40,9	12,5
Groupe d'âge								
6 à 11 ans	26 000	70,1	13,9	5,7	---	---	---	---
12 à 17 ans	73 000	72,0	17,6	6,4	---	---	---	---
18 à 24 ans	127 000	74,1	32,5	7,1*	9,7	Asym.	36,7	13,3
25 à 34 ans	135 000	72,3	29,8	7,0*	16,9	Asym.	34,2	13,0
35 à 74 ans	330 000	66,0	33,2	5,2*	18,4	Asym.	47,7	9,4*
Tous	700 000	69,6	29,9	6,5	14,9	Asym.	40,2	9,5

¹ Ces questions spécifiques sur le type de limitation d'activité n'ont été posées qu'aux personnes de 18 à 74 ans.

--- Aucune information pour ces groupes d'âge.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

Asym. Distribution très asymétrique. Il n'est pas possible de produire des médianes.

5 Discussion

Les blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives demeurent toujours préoccupantes en 2015-2016 puisqu'elles touchent une partie importante de la population québécoise. Les blessés représentent environ 15 % des personnes qui ont mentionné avoir pratiqué au moins une activité récréative ou sportive dans les 12 derniers mois. En nombre absolu, plus d'un million de personnes âgées de 6 à 74 ans ont mentionné avoir consulté un professionnel de la santé pour ce type de blessures, dont un peu plus de 300 000 pour une blessure jugée sévère¹⁸.

Grâce à une analyse descriptive croisant certains indicateurs sociodémographiques et des mesures d'exposition, il est possible d'identifier des groupes plus à risque. Ainsi les hommes sont davantage touchés que les femmes, de même que les adolescents et les jeunes adultes comparativement aux autres groupes d'âge. Les adultes de scolarité postsecondaire et vivant dans un ménage ayant des revenus plus élevés sont plus susceptibles de subir de telles blessures. Il faut nuancer ces constats généraux puisque les hauts taux de blessés vont de pair avec une participation accrue aux activités récréatives et sportives notée chez ces groupes à risque. De plus, l'indicateur d'exposition (dénominateur) est une limite importante, car il ne tient pas compte, par exemple, du type de pratique (récréative ou compétitive).

En incluant des questions précises pour chaque activité récréative ou sportive, cela a non seulement permis de mieux déterminer les taux globaux de blessés en favorisant un meilleur rappel des blessures, mais aussi d'identifier les activités les plus à risque. Sans surprise, les sports de contact, collectifs ou ceux pouvant occasionner de véritables risques de chutes, figurent parmi les activités à risque supérieur de blessure. Sont concernés : le hockey sur glace, la gymnastique, les sports de combat et le football avec des taux de blessés supérieurs à 75 par 1 000 participants. Cinq autres activités présentent des taux jugés passablement élevés (> 50 par 1 000 participants) : la course à pied – jogging, la planche à neige, le soccer, le conditionnement physique et le ski alpin. Ces activités étant souvent pratiquées de manière régulière (une fois par semaine et plus, lorsque cela est possible) par une bonne proportion des participants, ces personnes sont donc davantage exposées au risque de blessure.

En ce qui a trait au nombre de personnes impliquées, la course à pied – jogging (158 000), le conditionnement physique (156 000) et la marche à des fins d'exercice (103 000) représentent les activités à cibler par des mesures préventives si l'effet recherché est de réduire tangiblement le nombre de blessés. Généralement, les activités identifiées précédemment se retrouvent dans le même ordre d'importance pour chacun des groupes d'âge. Les différences se situent dans les valeurs observées, les taux étant pour la plupart supérieurs chez les adolescents et les jeunes adultes de 18 à 24 ans. Ceci prévaut aussi pour l'analyse des taux globaux de blessés selon l'âge.

Ces principales observations ne sont pas étrangères à celles considérées lors de l'édition 2009-2010 où une comparaison avec des études similaires menées dans d'autres pays avait fait l'objet d'une section du rapport. On y dénotait que les hommes et les personnes actives étaient plus à risque de blessure, les jeunes fortement représentés et les sports de contact en tête des taux de blessés.

¹⁸ Comprend un transport par ambulance ou la présence d'un des types de blessures suivantes : les fractures (à l'exception des dents), les dislocations, les commotions ou autres traumatismes cérébraux, les lésions aux organes internes et les blessures multiples, les déchirures ligamentaires ou musculaires.

5.1 Des blessures plus fréquentes chez les très actifs

Des efforts importants, comme la promotion d'un mode de vie physiquement actif, ont été déployés au cours des dernières décennies pour augmenter le niveau d'activité physique des Québécois et Québécoises. Les bénéfices associés à l'activité physique sont très importants (USDHHS, 2018, tableau 2.1, p. 32) et l'activité physique de loisir est un type d'activité ayant un fort potentiel de bénéfices. Cependant, comme tous les autres types d'activité physique (domestique, de travail et de transport), elle inclut sa part de risque qui doit être minimisé le plus possible. Par exemple, même chez les jeunes, on recommande à ceux et celles qui sont sédentaires d'augmenter progressivement leur volume (fréquence, durée, intensité) hebdomadaire d'activité physique avant d'atteindre, éventuellement, les niveaux recommandés afin de minimiser les risques de blessure (USDHHS, 2018; OMS, 2010).

Hormis le choix d'activités moins à risque (exemple : faire de la marche à des fins d'exercice au lieu d'un sport de combat), le volume de pratique hebdomadaire influence lui aussi le niveau de risque de blessure (PAGAC, 2018). Chez les adultes et les jeunes, on observe que le niveau « Très actif¹⁹ » est associé à un niveau de risque deux fois plus élevé que le niveau « Actif » et cela, autant pour le taux global de blessés (1,9 fois chez les adultes et 2 fois chez les jeunes, figure 3) que pour le taux de blessés sévères (2,5 fois chez les adultes et 1,9 fois chez les jeunes, figure 5).

Le comité d'experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010), dans le cas des adultes, a conclu que la littérature scientifique n'identifie pas de bénéfices supplémentaires au-delà du niveau supérieur recommandé. Dans le cas de l'ÉBARS, cette recommandation correspond au niveau « Actif²⁰ ». Deux études récentes, dont une porte sur plus de 23 millions d'adultes (Lee et autres, 2018) et l'autre sur plus de 850 000 adultes (Ekelund et autres, 2018), semblent confirmer cette conclusion. De plus, certains bénéfices importants commenceraient même à s'inverser (Lee et autres, 2018) lorsqu'on atteint des volumes de pratique comparables à ceux retenus dans l'ÉBARS pour les « Très actifs », chez les adultes. Ce risque, cependant, demeure beaucoup moins élevé (1,09) que celui des « Sédentaires » (1,55). Ces deux études montrent que les bénéfices santé, associés à l'activité physique, ne nécessitent pas des volumes de pratique hebdomadaire utilisés pour l'atteinte de performances sportives. Si on désire conserver de tels volumes de pratique pour relever des défis personnels, la prudence s'impose dans notre façon d'aborder ce type de pratique (augmentation graduelle, méthodes d'entraînement, etc.).

Le comité d'experts américains (PAGAC, 2018), dont le rapport s'appuie sur la littérature scientifique de 2017 ou avant²¹, identifie lui aussi des indices montrant un risque potentiel associé à des volumes de pratique plus élevés chez les adultes (PAGAC, 2018, Part, F). Cependant, ils ont considéré que l'information n'était pas encore suffisante pour identifier un volume d'activité physique potentiellement à risque. Ils ont donc conservé, dans la deuxième édition des recommandations (USDHHS, 2018), leur encouragement à dépasser le volume de pratique associé à la recommandation supérieure. Cette dernière, dans l'ÉBARS, est équivalente au niveau « Actif ». Les recommandations canadiennes (CSEP, 2011a; CSEP, 2011b) encouragent, elles aussi, à atteindre des volumes de pratique plus élevés.

¹⁹ Niveau « Très actif », 18 ans et plus (exemple avec l'activité « Marche rapide ») : 60 minutes et plus par jour, 7 jours par semaine. Atteindre le même niveau avec la même activité, chez les 6 à 17 ans, c'est 90 minutes et plus par jour, 7 jours par semaine. Pour plus de détails et autres exemples, voir l'annexe 1.

²⁰ Niveau « Actif », 18 ans et plus (exemple avec l'activité « Marche rapide ») : Entre 30 et 60 minutes par jour, 7 jours par semaine. Pour plus de détails et autres exemples, voir l'annexe 1.

²¹ Le rapport a été publié en février 2018.

Dans le cas des jeunes (5 à 17 ans), les recommandations internationales (OMS, 2010) canadiennes (CSEP, 2016) et américaines (USDHHS, 2008) n'identifient pas de volume hebdomadaire où les bénéfices santé supplémentaires seraient absents. On encourage plutôt à en faire le plus possible. Comme pour les adultes, il est permis de croire que les bénéfices ne sont pas « illimités » et que dépassé un certain volume, les risques de blessure peuvent dépasser les bénéfices potentiels supplémentaires. Pour ceux et celles qui n'atteignent pas cette recommandation, on recommande une augmentation graduelle afin de réduire le risque de blessures (USDHHS, 2018; OMS, 2010). Pour ceux et celles qui dépassent cette recommandation, le document américain (USDHHS, 2018) encourage le maintien de ce niveau de pratique, mais on recommande de varier les activités afin de diminuer les risques de blessures et de surentraînement. Sur le plan des blessures, nos résultats semblent confirmer le risque associé à des volumes de pratique plus élevés. Chez les jeunes, ce risque est multiplié par deux (figures 3 et 5) lorsque le volume hebdomadaire dépasse d'au moins 50 % le seuil minimal de la recommandation pour ce groupe d'âge. Dans l'ÉBARS, ce volume de pratique correspond au niveau « Très actif²² ».

L'objectif des recommandations étant la santé et non la performance, il est pertinent de s'interroger sur la façon dont le message doit être transmis à la population. La santé doit être à la base du libellé du message et de la manière dont il est véhiculé. Si les personnes « Très actives » désirent conserver un volume hebdomadaire plus élevé de pratique d'activités physiques, elles auraient avantage, comme certaines d'entre elles le font déjà, à suivre les recommandations visant la prévention des blessures chez les athlètes : 1) éviter les excès ou l'augmentation trop rapide du volume (de la charge) d'entraînement, 2) utiliser des programmes d'entraînement bien adaptés à ses capacités personnelles et 3) développer, en plus du niveau de condition physique générale, les qualités physiques liées spécifiquement à l'activité pratiquée (Gabbett, 2016). En général, ces recommandations ont pour effet de réduire les risques de blessure. Être bien au fait de son état de santé (exemples : présence ou absence d'hypertension, de diabète), également, réduira les autres risques potentiels (exemple : problèmes cardiovasculaires) même s'ils sont beaucoup plus rares (ACSM, 2018, chapitre 1). Les bienfaits potentiels (physiques et psychologiques) de l'activité physique sont plus élevés que les risques potentiels (exemples : cardiovasculaires, musculo-squelettiques) qui lui sont associés (PAGAC, 2018; USDHHS, 2018). Il est donc important de réduire ces risques au minimum si on veut profiter de ces bénéfices tout au long de sa vie.

5.2 Des blessures préoccupantes

En plus de savoir qu'environ le quart des blessures associées à la pratique d'activités récréatives et sportives sont de nature sévère, elles peuvent occasionner bien d'autres désagréments à ceux qui les subissent. En effet, les personnes blessées peuvent consulter plusieurs types de professionnels de la santé autres que leur médecin de famille, et ce, en plusieurs occasions. Ce type de traumatisme semble donc peser lourd sur le système de soins de santé. De plus, en sachant que la limitation d'activité se traduit par une période moyenne de 30 jours, dont au moins 15 jours en moyenne pour le travail ou les études, cette période pèse aussi lourd en matière de coûts socioéconomiques indirects (perte de productivité et de jouissance de la vie).

²² Niveau « Très actif », 5 à 17 ans (exemple avec l'activité « Marche rapide ») : 90 minutes et plus par jour, 7 jours par semaine. Pour plus de détails et autres exemples, voir l'annexe 1.

5.3 Comparaisons avec l'édition précédente de l'ÉBARS

Un des principaux objectifs de l'ÉBARS est de suivre l'évolution des taux des blessés et de la description des blessures dans le temps. Il serait alors possible d'identifier les principaux problèmes émergents ou encore, à l'inverse, les améliorations. Dans le contexte de la présente étude, où plusieurs changements méthodologiques ont eu cours pour mieux mesurer l'ampleur des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives, on se doit de soulever le problème de comparabilité avec les éditions précédentes.

Ci-après, un rappel des principales modifications apportées à la méthodologie qui peuvent avoir des répercussions sur les analyses temporelles :

- Inclusion des numéros de téléphone cellulaire pour mieux couvrir la population-cible;
- Ajout de deux nouvelles activités : gymnastique (incluant cheerleading) et la danse;
- Ordre des questions : en premier lieu, les questions sur la participation des activités retenues pour l'étude étaient toutes posées au début de l'entrevue. Ensuite, uniquement pour les activités pratiquées, s'ensuivaient des questions sur la présence de blessures et leur description (nature, parties du corps atteintes, transport par ambulance et s'il y a lieu, port du casque protecteur et lieu de survenue).

La dernière modification semble être celle ayant le plus grand impact sur la non-comparabilité des résultats. En procédant ainsi, et contrairement aux questionnaires des éditions précédentes, les répondants pouvaient nommer, spontanément, les activités pratiquées sans se soucier de toutes les autres questions auxquelles ils devaient répondre par la suite. Une procédure, contrairement aux éditions précédentes, qui favorise un meilleur rappel des activités pratiquées.

Pour l'édition 2015-2016, les 24 activités ont été classées dans 5 groupes et une rotation aléatoire des activités du groupe était réalisée. Cette rotation permet d'induire deux effets, le premier étant d'inciter l'intervieweur à suivre l'ordre des questions et à ne pas sauter une activité lorsqu'il prend l'habitude d'administrer le questionnaire. En second lieu, l'effet de la rotation est nécessaire afin de ne pas favoriser une activité qui se retrouverait au début du questionnaire pour l'ensemble de l'étude et qui amènerait un biais dans la popularité des activités.

Le tableau 25 compare la popularité des activités entre les éditions 2009-2010 et 2015-2016 de l'ÉBARS en mettant l'accent sur l'ordre des questions proposées en 2009-2010. La différence absolue des populations estimées de même que la différence relative des pourcentages de participation y sont présentées pour chaque activité commune aux deux éditions. Un constat général s'impose : la plupart des activités affichant une différence relative statistiquement significative se retrouvent plus vers la fin du questionnaire en 2009-2010 (de la 16^e à la 24^e position). Il y aurait donc lieu de croire que le nouveau questionnaire a permis de réduire un biais potentiel induit par les répondants qui ne mentionnaient pas toutes les activités réellement pratiquées lors des éditions précédentes. Cette façon de faire présente aussi les avantages de rendre plus fluide le questionnaire et d'alléger le fardeau du répondant. De meilleures estimations pour la pratique des activités, surtout celles qui étaient en fin de questionnaire lors des éditions précédentes, peuvent maintenant être envisagées.

Tableau 25 Comparaison de la popularité des activités récréatives et sportives, au Québec, pratiquées au moins une fois durant l'année pour les éditions de 2009-2010 et 2015-2016 de l'ÉBARS

Activités ¹	2009-2010			2015-2016		Différence	
	Ordre ²	Population estimée	%	Population estimée	%	Absolute	Relative ³
Marche à des fins d'exercice	1	4 367 000	67,0	4 816 000	67,2	449 000	ns
Natation—baignade	6	3 277 000	50,3	3 783 000	52,8	506 000	ns
Vélo	3	3 299 000	50,6	3 587 000	50,0	288 000	ns
Conditionnement physique	17	2 467 000	37,8	2 972 000	41,5	505 000	9,8%
Course à pied—jogging	2	1 473 000	22,6	2 417 000	33,7	944 000	49,1%
Patinage sur glace	12	1 743 000	26,7	2 278 000	31,8	535 000	19,1%
Raquette sur neige	16	1 264 000	19,4	1 685 000	23,5	421 000	21,1%
Sports de raquette	20	966 000	14,8	1 588 000	22,2	622 000	50,0%
Activités nautiques	22	1 085 000	16,6	1 505 000	21,0	420 000	26,5%
Soccer	7	808 000	12,4	1 330 000	18,5	522 000	49,2%
Ski alpin	14	980 000	15,0	1 071 000	14,9	91 000	ns
Hockey sur glace	11	876 000	13,4	966 000	13,5	90 000	ns
Patinage à roues alignées	4	881 000	13,5	896 000	12,5	15 000	ns
Basketball ⁵	18	417 000	7,0	778 000	12,4	361 000	77,1%
Volleyball ⁵	19	383 000	6,4	772 000	12,3	389 000	92,2%
Planche à roulettes ⁴	5	181 000	4,8	466 000	11,8	285 000	145,8%
Ski de fond	15	710 000	10,9	823 000	11,5	113 000	ns
Golf	10	951 000	14,6	812 000	11,3	-139 000	-22,6%
Baseball—softball	8	341 000	5,2	671 000	9,4	330 000	80,8%
Planche à neige	13	433 000	6,6	488 000	6,8	55 000	ns
Sports de combat	21	305 000	4,7	470 000	6,6	165 000	40,4%
Football ⁵	9	265 000	4,5	303 000	4,8	38 000	ns
Véhicules hors route (VHR)							
Véhicule tout terrain (VTT)	23	1 163 000	17,8	1 667 000	23,3	504 000	30,9%
Motoneige	24	665 000	10,2	885 000	12,3	220 000	ns

¹ La danse et la gymnastique sont exclues de ce tableau puisque ces activités ne figuraient pas en 2009-2010.

² Ordre des questions apparaissant dans le questionnaire de 2009-2010.

³ Augmentation relative en % de la popularité entre 2009-2010 et 2015-2016 ; ns=non significatif au seuil de 5 %.

⁴ Chez les personnes de 6 à 44 ans.

⁵ Chez les personnes de 6 à 64 ans.

Dans le nouveau questionnaire, le fait de mieux couvrir le groupe des 6 à 17 ans et d'améliorer la mesure de chaque activité pour les 6 à 74 ans a permis d'observer une hausse de l'estimation de la pratique dans 12 des 24 activités retenues (tableau 25). Par ailleurs, toujours pour le même type de comparaisons, il existe bel et bien des exceptions pour d'autres activités tels la course à pied – jogging, le soccer, la planche à roulettes et le baseball – softball. Ces écarts peuvent aussi s'expliquer par un regain de popularité observé pour l'ensemble de la population dans le cas de la course à pied – jogging et spécialement pour les jeunes pour les trois autres activités. Une seule diminution est observée dans les activités, soit pour le golf.

Par contre, il est difficile d'estimer quelle part est attribuable aux changements méthodologiques et quelle autre est attribuable à une variation réelle de la pratique récréative et sportive. Il est permis de croire que les populations estimées en 2015-2016 reflètent davantage la réalité, car la représentativité des jeunes et les réponses aux activités sont améliorées par ces changements. Par souci de vouloir comparer les résultats de cette étude avec les éditions à venir, peu de changements majeurs devront être apportés dans le futur. Les changements proposés au mode de collecte en 2015- 2016 représentaient une occasion importante pour améliorer la qualité de l'information.

Ces modifications majeures dans la méthodologie peuvent aussi avoir des répercussions sur les taux globaux de blessés. En effet, comme les gens sondés sont plus nombreux à pratiquer des activités récréatives et sportives, ils sont aussi davantage exposés au risque de blessure. Cela pourrait expliquer en partie la hausse relative de près de 37 % observée dans cette édition par rapport à l'édition antérieure (tableau 26). Cette hausse relative est jugée significative autant chez les hommes que les femmes ainsi que pour la quasi-totalité des groupes d'âge à l'étude.

Tableau 26 Nombre et taux global de blessés^a au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives^b, selon le sexe et l'âge, Québec, pour les éditions de 2009-2010 et 2015- 2016 de l'ÉBARS

Caractéristiques	2009-2010			2015-2016			Différence	
	Pop. estimée	Taux		Pop. estimée	Taux		Absolue	Relative ¹
Sexe								
Hommes	380 000	127	(114-141)	560 000	167	(153-183)	180 000	31,5%
Femmes	291 000	95	(84-107)	447 000	136	(124-148)	156 000	43,2%
Groupe d'âge								
6 à 11 ans	32 000	63	(51-78)	37 000	71	(59-86)	5 000	ns
12 à 17 ans	97 000	172	(153-193)	102 000	215	(193-239)	5 000	25,0%
18 à 24 ans	120 000	194	(156-238)	171 000	249	(220-281)	51 000	28,4%
25 à 34 ans	124 000	138	(116-162)	187 000	179	(158-201)	63 000	29,7%
35 à 74 ans	297 000	86	(75-98)	500 000	128	(115-142)	203 000	48,8%
Tous	671 000	111	(102-120)	1 007 000	152	(142-162)	336 000	36,9%

^a Taux par 1 000 participants. Intervalles de confiance à 95 % entre parenthèses.

^b Pour les personnes ayant mentionné avoir participé à au moins une activité récréative ou sportive.

¹ Augmentation relative en % du taux de blessés entre 2009-2010 et 2015-2016; ns = non significatif au seuil de 5 %.

Bien que l'on observe un nombre absolu de blessés plus important dans 19 des 21 activités présentées dans le tableau 27, la variation relative du taux de blessés entre les deux dernières éditions de l'ÉBARS n'est significative que pour 6 d'entre elles. Ainsi, les taux de blessés ont augmenté pour la natation – baignade, le vélo, la course à pied – jogging, le ski alpin, le

conditionnement physique et la marche à des fins d'exercice depuis l'édition 2009-2010. Cela pourrait laisser croire que la hausse significative du nombre de personnes blessées pour une activité donnée pourrait être liée principalement à l'augmentation plus marquée de la pratique de l'activité en question. C'est le cas notamment pour la course à pied – jogging dont la pratique est en hausse de 50 % et les taux de blessés de 72 %. Cependant, cette présomption d'association ne tient que pour cette activité et le conditionnement physique (pratique +9,8 %, taux de blessés +61 %).

Comme mentionné dans la section sur la fréquence de pratique, des hausses de participation sont effectivement observées pour des activités qui comptent moins d'adeptes, mais qui en font la pratique de façon plus régulière (volleyball, basketball, baseball – softball, sports de raquette). Cette augmentation de pratique aurait dû être accompagnée d'un taux de blessés plus important, car ces adeptes sont davantage exposés au risque de blessure. La différence plus grande des nombres de blessés observés n'est pas toujours associée à une hausse significative des taux de blessés.

Tableau 27 Nombre et taux de blessés pour chacune des activités récréatives et sportives retenues^a, Québec, pour les éditions de 2009-2010 et 2015-2016 de l'ÉBARS

Activités	2009-2010			2015-2016			Différence	
	N	Taux ^{1,2}		N	Taux ^{1,2}		N	% rel. ³
Hockey sur glace	68 000	78 (61-99)		97 000	101 (82-123)		+29 000	ns
Sports de combat	33 000	107* (70-159)		44 000	93 (68-126)		+11 000	ns
Football ⁵	20 000	77* (52-114)		25 000	82* (56-120)		+5 000	ns
Course à pied – jogging	56 000	38 (28-52)		158 000	65 (54-78)		+102 000	72
Planche à neige	24 000	56* (37-84)		31 000	63* (45-87)		+7 000	ns
Soccer	62 000	77 (57-102)		73 000	55 (45-67)		+11 000	ns
Conditionnement physique	82 000	33 (26-43)		156 000	53 (44-62)		+74 000	61
Ski alpin	31 000	31* (21-46)		54 000	51 (38-67)		+23 000	65
Baseball – softball	13 000	39* (22-68)		30 000	45* (31-66)		+17 000	ns
Planche à roulettes ⁴	---	---	---	18 000	39* (25-63)		---	---
Volleyball ⁵	16 000	43* (27-68)		29 000	38* (26-54)		+13 000	ns
Basketball ⁵	14 000	34* (22-52)		26 000	34* (23-48)		+12 000	ns
Sports de raquette	36 000	37* (25-57)		39 000	25* (17-36)		+3 000	ns
Vélo	42 000	13 (10-17)		81 000	23 (17-29)		+39 000	76
Marche à des fins d'exercice	63 000	15 (11-20)		103 000	21 (17-27)		+40 000	48
Golf	15 000	16* (9-29)		16 000	20* (12-35)		+1 000	ns
Patinage à roues alignées	18 000	20* (13-33)		11 000	12* (6-22)		-7 000	ns
Patinage sur glace	17 000	10* (6-16)		28 000	12* (8-18)		+11 000	ns
Natation – baignade	13 000	4* (2-7)		31 000	8* (6-11)		+18 000	108
Cours d'éducation physique à l'école	39 000	39 (32-47)		51 000	52 (44-62)		+12 000	ns
Véhicules hors route (VHR)								
Véhicule tout terrain (VTT)	26 000	23* (15-35)		24 000	14* (8-23)		-2 000	ns

^a Pour les activités « ski de fond, activités nautiques, motoneige et raquette sur neige », la faible proportion de participants ou de nombre de blessés ne permet pas d'avoir des estimations fiables pour les taux de blessés.

¹ Taux par 1 000 personnes disant avoir pratiqué l'activité en question au moins une fois en 2015-2016.

² Intervalles de confiance du taux à 95 % entre parenthèses.

³ Augmentation relative en % du taux de blessés entre 2009-2010 et 2015-2016 ; ns = non significatif au seuil de 5 %.

⁴ Chez les personnes de 6 à 44 ans.

⁵ Chez les personnes de 6 à 64 ans.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

--- Estimations non nulles, mais jugées imprécises (coefficient de variation > 33,3 %); elles ne sont pas présentées.

5.4 Changement dans la définition de sévérité des blessures

Dans la présente édition, pour la définition de blessures sévères, l'ajout de questions sur le transport ambulancier et la recodification des déchirures ligamentaires ou musculaires à la définition antérieure²³ ont eu pour effet d'augmenter le nombre de blessés dans cette catégorie. En effet, avec la définition retenue en 2009-2010 (voir tableau 28), beaucoup moins de personnes blessées sévèrement sont estimées, soit 249 000 blessés contre 306 000 avec la nouvelle définition. Cela représente un taux de blessés sévères de 38 par 1 000 participants en 2009-2010 comparativement à 46 par 1 000 participants en 2015-2016. Toutefois, l'ajout du transport par ambulance, lorsqu'il est considéré comme seul ajout à la définition de sévérité, ne contribue qu'à une partie de cette augmentation globale comme en fait foi un taux de blessés à seulement 40 par 1 000 participants en 2015-2016 (donnée non présentée). Les cas de déchirures ligamentaires et musculaires reviennent plus souvent et sont mentionnés spontanément par plusieurs répondants blessés qui ne peuvent classer autrement la nature de leurs blessures à partir de la liste prédéfinie dans le questionnaire. Ce type de blessure est considéré comme sévère et devrait faire partie d'une telle liste dans une nouvelle mouture du questionnaire afin d'améliorer la mesure de sévérité des blessures. Nous croyons que la nouvelle définition de blessures sévères, qui englobent maintenant ces deux ajouts, reflète mieux la réalité.

Tableau 28 Nombre et taux global de blessés sévères au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives selon deux définitions de sévérité des blessures, le sexe et l'âge, Québec, 2015-2016

Caractéristiques	Définition antérieure ¹		Définition 2015-2016 ²	
	Pop. estimée	Taux ³	Pop. estimée	Taux ³
Sexe				
Hommes	159 000	47 (40-56)	184 000	55 (47-64)
Femmes	90 000	27 (23-33)	116 000	37 (31-44)
Groupe d'âge				
6 à 11 ans	11 000	21* (15-30)	11 000	21* (15-30)
12 à 17 ans	33 000	70 (58-86)	36 000	75 (63-91)
18 à 24 ans	50 000	73 (57-92)	61 000	89 (72-111)
25 à 34 ans	51 000	49 (38-62)	58 000	56 (44-69)
35 à 74 ans	105 000	27 (21-34)	140 000	36 (29-44)
Tous	249 000	38 (33-43)	306 000	46 (41-52)

¹ Comprend les fractures (à l'exception des dents), les dislocations, les commotions ou autres traumatismes cérébraux, les lésions aux organes internes et les blessures multiples.

² Comprend un transport par ambulance ou la présence d'un des types de blessures suivantes : les fractures (à l'exception des dents), les dislocations, les commotions ou autres traumatismes cérébraux, les lésions aux organes internes et les blessures multiples, les déchirures ligamentaires ou musculaires.

³ Taux par 1 000 personnes disant avoir pratiqué au moins une activité au moins une fois en 2015-2016. Intervalles de confiance du taux à 95 % entre parenthèses.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interprétation avec circonspection.

²³ En 2009-2010, une blessure sévère était caractérisée par une fracture (à l'exception de dents cassés), une dislocation, une commotion ou autre traumatisme cérébral, une lésion aux organes internes ou est de nature multiple.

5.5 Limites

Hormis les problèmes de comparabilité avec les éditions précédentes de l'ÉBARS, certaines autres limites doivent être soulevées. D'abord, il faut souligner que le haut taux d'utilisation des téléphones cellulaires dans les ménages québécois peut amener quelques biais de sélection. Bien que la firme de sondage ait inclus un échantillon de numéros de téléphone cellulaire, il n'en demeure pas moins que l'échantillon total est composé principalement de numéros de téléphone fixe. Ainsi, les nombreuses personnes ayant seulement accès à un téléphone cellulaire ont une probabilité plus faible de faire partie de l'échantillon des répondants à cette étude. Par ceux-ci, on trouve en plus grand nombre les jeunes adultes et les jeunes de 6 à 17 ans (dont les répondants sont les parents), ceux-là mêmes qui sont les plus touchés par les blessures d'origine récréative ou sportive. Il pourrait y avoir, potentiellement, un biais dans l'estimation des taux de blessés. Il est cependant difficile de savoir dans quel sens irait ce biais.

Un faible taux de réponse est une autre limite, complémentaire à la précédente, pouvant affecter la représentativité et la qualité de l'échantillon. Ce taux, ici, est de 36,5 %. Plus le taux de réponse est faible, plus le biais induit par les non-répondants peut être important. Pour minimiser ce biais, il faut démontrer que les répondants possèdent des caractéristiques similaires à celles des non-répondants sur certaines caractéristiques sociodémographiques (sexe, groupe d'âge, scolarité). Il y a aussi lieu de croire que les personnes physiquement actives sont plus difficiles à joindre et par conséquent, leur représentativité peut être mise en doute. Comme elles sont plus susceptibles d'être exposées aux blessures, leur non-participation à l'étude pourrait sous-estimer les taux de blessés. La pondération effectuée par la firme de sondage permet de remédier, en partie, à ces deux limites (la représentativité des utilisateurs de téléphone cellulaire et le faible taux de réponse) en ajustant l'échantillon avec des caractéristiques connues de la population (sexe, groupe d'âge, scolarité, modalité de vie). Cependant, cela peut s'avérer insuffisant. Comme dans l'exemple précédent, cela ne garantit pas que l'échantillon soit « totalement » représentatif des personnes physiquement actives.

Finalement, poser des questions sur la pratique d'activités récréatives et sportives et les blessures subies au cours des 12 derniers mois précédant l'entrevue engendre inévitablement des biais de rappel pour les participants. Dans le cas de la présente étude, comme les entrevues ont eu lieu, en grande partie, au printemps 2016, il peut être plus difficile aux répondants de se rappeler des activités pratiquées à l'été et à l'automne précédents. Compte tenu des ressources disponibles, on ne peut procéder autrement, car on désire avoir de l'information sur plusieurs activités pratiquées à diverses saisons alors que la collecte n'est effectuée que sur une courte période de l'année. Mentionnons aussi que ce type de biais peut être davantage présent pour les parents qui devaient répondre à la place de leurs enfants, surtout ceux âgés de 14 à 17 ans, car ils ne connaissent pas nécessairement toutes les activités qu'ils pratiquent.

6 Conclusion

Cette étude s'inscrit dans une perspective de surveillance des blessures d'origine récréative et sportive afin d'orienter les mesures préventives à venir. Avec une incidence qui avoisine les 152 blessés par 1 000 participants – ce qui représente plus d'un million de blessés (dont plus de 300 000 pour une blessure jugée sévère) – ces résultats suggèrent que l'on ne doit pas diminuer les efforts de promotion de la sécurité, mais plutôt de la considérer comme des éléments complémentaires à la promotion d'un mode de vie physiquement actif. Ce principe est d'ailleurs bien établi dans la récente Politique de l'activité physique, du sport et du loisir du MEES qui favorise « une pratique procurant les effets bénéfiques attendus sur le plan individuel et collectif, notamment en associant une promotion bien dosée de la sécurité à celle d'activités physiques, de sports et de loisirs » (MEES, 2017, p. 28). Le but de ces actions préventives est de réduire le nombre et la gravité des blessures afin que les participants retirent tous les bénéfices attendus des activités physiques de loisir et, pour aider à réduire le fardeau socioéconomique (exemples : absence du travail ou de l'école). Les limitations associées aux blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives sont importantes, comme en témoignent une durée de 30 jours en moyenne chez les personnes blessées et une durée de 10 jours pour plus de 50 % des répondants blessés.

Les hommes, dans l'ensemble, ainsi que les jeunes de 12 à 17 ans et les jeunes adultes de 18 à 24 ans, aussi bien chez les hommes que les femmes, figurent toujours parmi les personnes les plus à risque de blessure, car ils sont, entre autres, plus actifs physiquement. Les activités qui figurent en tête de liste avec des taux de blessés supérieurs à 75 blessés par 1 000 participants impliquent davantage les sports où les contacts sont autorisés (sports de combat, football, hockey sur glace) et ceux de nature acrobatique comme la gymnastique et le cheerleading. Dans le deuxième groupe d'activités à risque, les activités dont les mouvements sont répétitifs (comme la course à pied – jogging et le conditionnement physique) présentent à la fois un nombre de blessés supérieur à 100 000 personnes et un taux de blessés de plus de 50 par 1 000 participants. Le troisième groupe d'activités plus à risque de blessure est constitué de la planche à neige, du soccer et du ski alpin, car ces activités obtiennent des taux supérieurs à 50 blessés par 1 000 participants. Finalement, même si plus de 100 000 personnes se sont blessées lors d'une marche à des fins d'exercice, cette activité obtient un taux de blessés relativement bas (21 blessés par 1 000 participants), car elle attire plus de 4,8 millions d'adeptes.

Dans cette édition de l'étude, les changements méthodologiques importants apportés pour améliorer la représentativité des jeunes et l'efficacité du questionnaire viennent affecter le portrait de la pratique dans 12 des 24 activités retenues lorsqu'on compare les résultats avec l'édition 2009-2010. Toutefois, cela demeure difficile d'apprécier si les écarts proviennent d'un regain de popularité observé ces dernières années dans certaines activités (comme la course à pied – jogging, le soccer et le baseball) ou d'un changement dans l'ordre de présentation des activités dans le questionnaire. Puisque la participation aux activités récréatives et sportives s'en trouve accrue, les taux globaux de blessés le sont tout autant avec une hausse d'environ 37 % observée par rapport à l'édition antérieure. Malgré ce fait, il faut garder en tête que les bienfaits de l'activité physique sont supérieurs au risque de blessure et que la promotion de la sécurité doit être considérée comme une alliée incontournable et complémentaire de la promotion d'un mode de vie physiquement actif.

Finalement, cette étude permet d'identifier plusieurs éléments comme les groupes de personnes et les activités les plus à risque de blessure, ce qui permettra de mieux cibler les mesures préventives à mettre en place. Nous espérons que ces interventions permettront d'optimiser les effets bénéfiques des activités récréatives et sportives.

Références

- American College of Sports Medicine (ACSM) (2018). ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (10th edition). Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins, 472 p.
- Beaulne, G. (1997). Pour la sécurité des jeunes Canadiens: des données statistiques aux mesures préventives. Ottawa : Santé Canada. Direction générale des services et de la promotion de la santé. 311 pages.
- Camirand, H., Traoré, I. et Baulne, J. (2016). L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014- 2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition, Québec : Institut de la statistique du Québec, chapitre 11. Repéré à www.stat.gouv.ca
- Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP) (2011a). Canadian physical activity guidelines for 18 to 64 years. Ottawa, CSEP, 1 p. Repéré à <http://www.csep.ca/guidelines>
- Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP) (2011b). Canadian physical activity guidelines for 65 years and older. Ottawa, CSEP, 1 p. Repéré à <http://www.csep.ca/guidelines>
- Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP) (2016). Canadian 24- Hour Movement Guidelines for Children and Youth (5 to 17 years): An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. Ottawa, CSEP, 2 p. Repéré à <http://www.csep.ca/guidelines>
- Centers for Disease Control and Prevention (2010), National Center for Injury Prevention and Control : our approach, Atlanta, Repéré à <https://www.cdc.gov/injury/about/approach.html>
- Diobri Gestion Marketing (2010). Analyse économique du système sportif fédéré québécois, 187 pages. Repéré à <http://www.sportsquebec.com/admin/Browse/files/PDF/publications/modelesportquebec.pdf>
- Gabbett TJ. The training— injury prevention paradox : should athletes be training smarter and harder? Br J Sports Med 2016;50:273–80. Repéré à <http://bjsm.bmj.com/content/50/5/273>
- Ekelund, U., Brown, W.J., Steene-Johannessen, J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., Bauman, A. E. & Lee, I-Min (2018). Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonised meta-analysis of data from 850 060 participants, Br J Sports Med, July, 10 (doi: 10.1136/bjsports-2017-098963)
- Fuller, C. (2010). « Injury Definitions », In: Verhagen, E., & van Mechelen, W. Sports Injury Research. United Kingdom : Oxford University Press, Chap. 4. Repéré à <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199561629.001.0001/acprof-9780199561629>
- Hamel, D., et Tremblay, B. (2012). Étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec en 2009-2010. Québec : Institut national de santé publique du Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec, 119 pages. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/1507>
- Hu, S. S., Balluz, L., Battaglia, M. P. & Frankel, M. R. (2010). L'impact des téléphones cellulaires sur la surveillance de la santé publique. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 88 : 799-799 Repéré à <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/10-082669/fr/>.

- Joubert, K. et R. Baraldi (2016). La santé des Québécois : 25 indicateurs pour en suivre l'évolution de 2007 à 2014. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 6, section 6.2. Repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2007-2014.html>
- Katzmarzyk, P.T. & Janssen, I. (2004). The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Can. J. Appl. Physiol.*, vol. 29, n° 1, p. 90-115.
- Lee, D. Y., E.-J. Rhee, J. H. Cho, H. Kwon, S. E. Park, Y.-H. Kim, K. Han, Y.-K. Park, S. J. Yoo, and W.-Y. Lee (2018). Appropriate amount of regular exercise is associated with a reduced mortality risk. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 50 (12) : 2451-2458.
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (2017). Politique de l'activité physique, du sport et du loisir, Québec : Gouvernement du Québec, 44 pages. Repéré à <http://www.education.gouv.qc.ca/municipalites/politique-de-lactivite-physique-du-sport-et-du-loisir/au-quebec-on-bouge/>
- Nolin, B. et D. Hamel (2008). «L'activité physique au Québec de 1995 à 2005 : gains pour tous...ou presque», dans M. Fahmy (sous la direction de), L'État du Québec 2009 : tout ce qu'il faut savoir sur le Québec d'aujourd'hui. Montréal, Fides, pp. 271-277. (Tiré à part disponible, repéré à : <http://www.inspq.qc.ca/publications/897>)
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010). Recommandations globales sur l'activité physique pour la santé. Genève, Editions de l'OMS, 58 p. Repéré à http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/
- Oztürk, S., & Kılıç, D. (2013). What is the economic burden of sports injuries? *Eklemler Hastalıkları Cerrahisi*. 2013;24(2):108-11. Repéré à http://www.tevak.org/pdf/dergi/2013/pdfsno2/24_2_108_111.pdf
- PAGAC (2018). 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2018. Repéré à <https://health.gov/paguidelines/second-edition/report.aspx>
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189-193. Repéré à <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=16639173>
- SAAQ (2010). Société de l'assurance automobile du Québec, Bilan routier 2009. Québec : Gouvernement du Québec, 26 pages. Repéré à <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/espace-recherche/bilan-routier-2009.pdf>
- Sahai, V. S., Ward, M. S., Zmijowskyj, T., & Rowe, B. H. (2005). Quantifying the iceberg effect for injury: using comprehensive community health data. *Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique*, 96(5), 328-332. Repéré à <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/671/671>
- Research Triangle Institute (2018). SUDAAN® Statistical Software for Analyzing Correlated Data, Repéré à <https://www.rti.org/impact/sudaan-statistical-software-analyzing-correlated-data>

- Tremblay, B., Dufresne, N. et Goulet, C. (2015). « L'évaluation des coûts socioéconomiques attribuables aux traumatismes d'origine récréative et sportive au Québec. ». Dans (dir.), Congrès de l'Association québécoise des sciences de l'activité physique. Québec : Université Laval. Répéré à <https://aqsapcongres.files.wordpress.com/2014/09/programme-aqsap-2015-complet-version-6-fc3a9vriier.pdf>, pages 60-61.
- Tremblay, B., Carson, V., Chaput, J.-P., Connor Gorber, S., Dinh, T., Duggan, M., Faulkner, G., Gray, C. E., Gruber, R., Janson, K., Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Kho, M. E., Latimer-Cheung, A. E., Le Blanc, C., Okely, A. D., Olds, T., Pate, R. R., Phillips, A., Poitras, V. J., Rodenburg, S., Sampson, M., Saunders, T. J., Stone, J. A., Stratton, G., Weiss, S. K. & Zehr, L. (2016). Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* 41: S311–S327, [dx.doi.org/10.1139/apnm-2016-0151](https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0151)
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2008). USDHHS, 2008 Physical Activity Guidelines for Americans, 61 p., Repéré à <http://www.health.gov/paguidelines>
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2018). Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. Répéré à <https://health.gov/paguidelines/second-edition/>
- World Health Organization (WHO) (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030 : more active people for a healthier world. Geneva, WHO, 101 p. Répéré à <http://www.who.int>

Tableaux complémentaires

Tableau 29 Proportion de personnes disant avoir participé à au moins une activité récréative ou sportive au cours de l'année, selon le niveau de scolarité, le revenu du ménage et la région de résidence, Québec, 2015-2016

Caractéristiques	Disent avoir participé à au moins une activité sportive ou récréative ¹	Selon la liste des 26 activités ² et les cours d'éducation physique	Selon la liste des 26 activités ² excluant la marche à des fins d'exercice et les cours d'éducation physique
Scolarité ³			
5 ^e secondaire ou moins	86,0	82,6	75,3
Niveau collégial	94,9	93,9	91,1
Niveau universitaire	96,7	96,4	94,2
Revenu du ménage ³			
Moins de 30 000 \$	83,8	80,6	69,4
De 30 000 \$ à 49 999 \$	93,8	92,1	88,4
De 50 000 \$ à 79 999 \$	96,3	95,5	94,6
80 000 \$ et plus	98,1	97,5	96,5
Région de résidence			
RMR de Montréal	92,5	90,2	85,3
Autres RMR	92,7	91,8	86,8
Reste du Québec	92,8	91,9	87,6

¹ Question-filtre : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait au moins une fois une activité physique quelconque, par exemple, un sport, une activité de plein air, du conditionnement physique ou même la marche à des fins d'exercice durant vos temps libres?

² Incluant deux activités motorisées : la motoneige et le véhicule tout terrain.

³ Scolarité et revenu pour les personnes de 18 à 74 ans seulement.

Tableau 30 Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 6 à 11 ans, Québec, 2015-2016

Activités	6 à 11 ans				
	Population estimée	%	IC ¹	Fréquence régulière (%) ²	Port du casque ³
Vélo	453 000	86,2	(84,0-88,1)	73,6	87,8
Natation — baignade	438 000	83,4	(81,1-85,5)	62,2	---
Patinage sur glace	354 000	67,3	(64,5-70,1)	29,4	85,1
Marche à des fins d'exercice	272 000	51,8	(48,9-54,8)	62,7	---
Soccer	258 000	49,1	(46,2-51,9)	58,5	---
Course à pied — jogging	196 000	37,2	(34,5-40,0)	34,8	---
Raquette sur neige	145 000	27,6	(24,9-30,5)	10,7	---
Ski alpin	132 000	25,1	(22,6-27,8)	41,2	97,9
Danse	131 000	25,0	(22,6-27,5)	67,5	---
Sports de raquette	129 000	24,6	(22,1-27,3)	25,2	---
Patinage à roues alignées	128 000	24,4	(22,0-27,1)	27,2	84,9
Activités nautiques	111 000	21,1	(18,7-23,8)	10,4	---
Hockey sur glace	109 000	20,6	(18,5-23,0)	57,5	93,8
Basketball	102 000	19,4	(17,2-21,7)	36,6	---
Planche à roulettes	99 000	18,9	(16,9-21,1)	30,3	67,9
Gymnastique	97 000	18,5	(16,5-20,8)	71,5	---
Sports de combat	93 000	17,7	(15,5-20,2)	82,9	---
Baseball — softball	80 000	15,2	(13,3-17,3)	41,6	---
Conditionnement physique	72 000	13,7	(11,9-15,8)	43,0	---
Ski de fond	59 000	11,3	(9,5-13,4)	17,9	---
Planche à neige	49 000	9,3	(7,6-11,3)	33,1	91,7
Volleyball	34 000	6,4	(5,2-8,0)	21,7	---
Football ⁴	26 000	4,9	(3,9-6,3)	43,8	---
Golf	23 000	4,3	(3,3-5,6)	20,5	---
Activités motorisées (VHR)					
Véhicule tout terrain (VTT)	112 000	21,4	(19,1-23,8)	18,0	88,8
Motoneige	68 000	13,0	(11,2-15,1)	16,7	90,2

¹ Intervalle de confiance de niveau 95 %.

² Fréquence régulière = au moins une fois par semaine, lorsque la pratique était possible.

³ Port du casque s'il y a lieu. Selon les catégories « Toujours » et « La plupart du temps ».

⁴ La question sur le port du casque n'a pas été posée aux adeptes du football.

--- Sans objet pour cette activité.

Tableau 31 Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 12 à 17 ans, Québec, 2015-16

Activités	12 à 17 ans			Fréquence régulière (%) ²	Port du casque ³
	Population estimée	%	IC ¹		
Natation — baignade	311 000	64,7	(61,7-67,5)	47,9	---
Vélo	307 000	63,9	(61,0-66,7)	54,8	56,6
Marche à des fins d'exercice	236 000	49,2	(46,3-52,2)	54,9	---
Course à pied — jogging	215 000	44,8	(42,1-47,6)	42,0	---
Patinage sur glace	200 000	41,7	(38,9-44,6)	25,3	41,3
Conditionnement physique	181 000	37,7	(35,0-40,5)	62,1	---
Soccer	154 000	32,1	(29,5-34,9)	55,4	---
Sports de raquette	140 000	29,1	(26,5-31,8)	26,6	---
Planche à roulettes	134 000	27,9	(25,4-30,7)	47,8	36,2
Ski alpin	131 000	27,4	(24,8-30,1)	31,9	95,3
Basketball	121 000	25,1	(22,7-27,7)	44,6	---
Activités nautiques	108 000	22,4	(20,0-25,0)	13,2	---
Hockey sur glace	101 000	21,0	(18,7-23,4)	65,3	81,9
Raquette sur neige	77 000	16,1	(14,1-18,4)	9,1	---
Volleyball	76 000	15,9	(13,8-18,2)	38,6	---
Danse	72 000	15,1	(13,2-17,1)	63,0	---
Patinage à roues alignées	71 000	14,8	(12,8-17,0)	28,7	53,4
Planche à neige	68 000	14,2	(12,3-16,4)	24,0	91,1
Football ⁴	45 000	9,4	(7,9-11,1)	52,0	---
Ski de fond	45 000	9,4	(7,8-11,2)	14,3	---
Baseball — softball	44 000	9,1	(7,5-11,0)	43,0	---
Sports de combat	42 000	8,8	(7,3-10,6)	62,7	---
Gymnastique	37 000	7,7	(6,4-9,2)	61,7	---
Golf	25 000	5,2	(4,0-6,6)	21,3	---
Activités motorisées (VHR)					
Véhicule tout terrain (VTT)	102 000	21,2	(18,9-23,8)	19,7	81,9
Motoneige	57 000	11,9	(10,1-13,9)	20,8	89,2

¹ Intervalle de confiance de niveau 95 %.

² Fréquence régulière = au moins une fois par semaine, lorsque la pratique était possible.

³ Port du casque s'il y a lieu. Selon les catégories « Toujours » et « La plupart du temps ».

⁴ La question sur le port du casque n'a pas été posée aux adeptes du football.

--- Sans objet pour cette activité.

Tableau 32 Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 18 à 24 ans, Québec, 2015-16

Activités	18 à 24 ans			Fréquence régulière (%) ²	Port du casque ³
	Population estimée	%	IC ¹		
Conditionnement physique	493 000	69,5	(66,2-72,7)	71,8	---
Course à pied — jogging	489 000	68,9	(65,6-72,1)	51,3	---
Marche à des fins d'exercice	464 000	65,4	(62,0-68,6)	56,5	---
Natation — baignade	403 000	56,8	(53,3-60,2)	23,6	---
Vélo	394 000	55,5	(52,0-58,9)	39,5	40,5
Sports de raquette	283 000	39,9	(36,5-43,3)	21,1	---
Patinage sur glace	276 000	38,9	(35,5-42,3)	15,6	15,2
Soccer	237 000	33,4	(30,2-36,8)	28,0	---
Activités nautiques	217 000	30,5	(27,5-33,8)	11,4	---
Volleyball	213 000	30,0	(27,0-33,3)	20,2	---
Basketball	195 000	27,5	(24,4-30,7)	19,0	---
Raquette sur neige	179 000	25,2	(22,4-28,3)	18,3	---
Hockey sur glace	164 000	23,1	(20,4-26,1)	39,0	47,3
Ski alpin	161 000	22,7	(20,0-25,7)	25,2	87,5
Patinage à roues alignées	149 000	21,1	(18,4-24,1)	19,3	21,4
Planche à roulettes	143 000	20,2	(17,4-23,2)	33,5	12,2
Planche à neige	138 000	19,5	(16,9-22,3)	27,1	87,5
Danse	132 000	18,6	(16,1-21,5)	42,3	---
Baseball — softball	115 000	16,1	(13,8-18,8)	28,7	---
Sports de combat	98 000	13,8	(11,6-16,4)	56,2	---
Ski de fond	97 000	13,7	(11,5-16,2)	9,2	---
Football ⁴	108 000	15,2	(12,9-17,9)	17,6	---
Golf	78 000	11,0	(9,1-13,4)	22,4	---
Gymnastique	29 000	4,1	(2,9-5,6)	57,5	---
Activités motorisées (VHR)					
Véhicule tout terrain (VTT)	245 000	34,5	(31,3-37,8)	20,8	76,2
Motoneige	160 000	22,6	(19,9-25,5)	20,5	88,7

¹ Intervalle de confiance de niveau 95 %.

² Fréquence régulière = au moins une fois par semaine, lorsque la pratique était possible.

³ Port du casque s'il y a lieu. Selon les catégories « Toujours » et « La plupart du temps ».

⁴ La question sur le port du casque n'a pas été posée aux adeptes du football.

--- Sans objet pour cette activité.

Tableau 33 Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 25 à 34 ans, Québec, 2015-2016

Activités	25 à 34 ans			Fréquence régulière (%) ²	Port du casque ³
	Population estimée	%	IC ¹		
Marche à des fins d'exercice	751 000	67,7	(65,0-70,4)	63,2	---
Natation — baignade	624 000	56,2	(53,4-59,1)	25,6	---
Conditionnement physique	593 000	53,4	(50,6-56,3)	70,5	---
Vélo	568 000	51,2	(48,3-54,0)	42,0	45,0
Course à pied — jogging	561 000	50,6	(47,8-53,4)	52,0	---
Patinage sur glace	418 000	37,7	(35,0-40,5)	11,8	15,4
Sports de raquette	338 000	30,4	(27,9-33,1)	18,9	---
Activités nautiques	307 000	27,7	(25,2-30,2)	7,6	---
Raquette sur neige	296 000	26,7	(24,3-29,1)	15,1	---
Soccer	259 000	23,4	(21,1-25,9)	28,9	---
Patinage à roues alignées	246 000	22,2	(20,0-24,6)	20,1	24,0
Hockey sur glace	208 000	18,7	(16,7-21,0)	44,8	67,3
Volleyball	197 000	17,7	(15,7-19,9)	13,4	---
Danse	168 000	15,1	(13,3-17,2)	39,7	---
Basketball	149 000	13,5	(11,6-15,6)	14,4	---
Golf	147 000	13,2	(11,5-15,2)	23,4	---
Baseball — softball	138 000	12,5	(10,8-14,4)	37,6	---
Ski de fond	129 000	11,7	(10,1-13,5)	19,8	---
Planche à neige	129 000	11,7	(10,0-13,5)	27,7	62,6
Ski alpin	116 000	10,4	(8,9-12,2)	15,7	61,4
Sports de combat	105 000	9,4	(8,0-11,2)	42,1	---
Football ⁴	68 000	6,1	(4,8-7,7)	11,9	---
Planche à roulettes	51 000	4,6	(3,5-6,0)	25,4	16,1
Gymnastique	24 000	2,2	(1,5-3,2)	39,6	---
Activités motorisées (VHR)					
Véhicule tout terrain (VTT)	338 000	30,5	(28,0-33,1)	15,1	75,5
Motoneige	166 000	14,9	(13,1-16,9)	24,9	87,6

¹ Intervalle de confiance de niveau 95 %.

² Fréquence régulière = au moins une fois par semaine, lorsque la pratique était possible.

³ Port du casque s'il y a lieu. Selon les catégories « Toujours » et « La plupart du temps ».

⁴ La question sur le port du casque n'a pas été posée aux adeptes du football.

--- Sans objet pour cette activité.

Tableau 34 Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 35 à 74 ans, Québec, 2015-2016

Activités	35 à 74 ans			Fréquence régulière (%) ²	Port du casque ³
	Population estimée	%	IC ¹		
Marche à des fins d'exercice	3 082 000	71,1	(69,2-72,9)	74,5	---
Natation — baignade	2 007 000	46,3	(44,3-48,3)	31,8	---
Vélo	1 856 000	42,8	(40,9-44,8)	46,5	54,7
Conditionnement physique	1 632 000	37,6	(35,8-39,6)	67,1	---
Patinage sur glace	1 022 000	23,6	(22,0-25,3)	14,1	16,9
Raquette sur neige	980 000	22,6	(21,1-24,2)	23,4	---
Course à pied — jogging	947 000	21,9	(20,3-23,5)	55,4	---
Activités nautiques	762 000	17,6	(16,2-19,1)	14,2	---
Danse	715 000	16,5	(15,1-18,0)	36,1	---
Sports de raquette	691 000	15,9	(14,6-17,4)	22,7	---
Golf	539 000	12,4	(11,3-13,7)	36,1	---
Ski alpin	531 000	12,2	(11,1-13,5)	30,9	69,2
Ski de fond	491 000	11,3	(10,2-12,6)	32,9	---
Soccer	413 000	9,5	(8,4-10,8)	23,1	---
Hockey sur glace	377 000	8,7	(7,7-9,9)	45,7	72,1
Volleyball ⁵	252 000	7,3	(6,2-8,5)	13,9	---
Patinage à roues alignées	301 000	6,9	(6,0-8,0)	19,4	33,0
Baseball — softball	294 000	6,8	(5,9-7,9)	32,7	---
Basketball ⁵	212 000	6,1	(5,1-7,3)	14,1	---
Planche à roulettes ⁴	39 000	3,5	(2,2-5,4)	37,1	20,4
Sports de combat	131 000	3,0	(2,4-3,7)	56,7	---
Gymnastique ⁴	31 000	2,7	(1,6-4,7)	28,1	---
Planche à neige	104 000	2,4	(1,9-3,1)	30,0	72,9
Football ^{5,6}	56 000	1,6	(1,1-2,4)	21,3	---
Activités motorisées (VHR)					
Véhicule tout terrain (VTT)	870 000	20,1	(18,6-21,7)	20,3	74,2
Motoneige	434 000	10,0	(9,0-11,2)	30,3	89,7

¹ Intervalle de confiance de niveau 95 %.

² Fréquence régulière = au moins une fois par semaine, lorsque la pratique était possible.

³ Port du casque s'il y a lieu. Selon les catégories « Toujours » et « La plupart du temps ».

⁴ Chez les 35-44 ans.

⁵ Chez les 35-64 ans.

⁶ La question sur le port du casque n'a pas été posée aux adeptes du football.

--- Sans objet pour cette activité.

Tableau 35 Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 6 à 74 ans selon la région, Québec, 2015-2016

Activités	RMR Montréal	Autres RMR	Autres régions
	%		
Marche à des fins d'exercice	64,6	70,0	69,5
Natation — baignade	53,5	55,8	49,6
Vélo	50,7	50,7	48,6
Conditionnement physique	42,7	42,6	38,7
Course à pied — jogging	36,8	33,7	28,8
Patinage sur glace	30,1	35,3	32,1
Sports de raquette	24,6	20,8	19,1
Soccer	21,5	16,2	15,3
Activités nautiques	20,1	23,9	20,5
Danse	17,1	15,6	17,8
Raquette sur neige	15,6	29,0	32,7
Ski alpin	14,9	15,9	14,4
Basketball ²	13,6	13,6	9,4
Patinage à roues alignées	12,9	12,1	12,1
Planche à roulettes ¹	12,5	10,9	11,2
Hockey sur glace	11,5	13,1	16,8
Volleyball ²	10,7	15,5	12,6
Golf	10,6	13,2	11,2
Ski de fond	9,9	14,5	12,0
Baseball — softball	7,8	9,9	11,5
Sports de combat	7,2	6,4	5,6
Planche à neige	6,6	7,0	7,1
Gymnastique ¹	6,0	5,1	4,8
Football ²	5,3	4,9	3,9
Activités motorisées (VHR)			
Véhicule tout terrain (VTT)	12,7	24,7	39,3
Motoneige	5,1	12,6	23,9

¹ Chez les personnes de 6-44 ans.

² Chez les personnes de 6-64 ans.

Tableau 36 Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 18 à 74 ans selon la scolarité, Québec, 2015-2016

Activités	Secondaire 5 ou moins	Collégial	Universitaire
	%		
Marche à des fins d'exercice	62,9	72,0	79,0
Natation — baignade	37,4	55,8	60,8
Vélo	34,5	49,8	60,4
Conditionnement physique	33,6	47,7	58,2
Course à pied — jogging	21,5	36,6	46,2
Patinage sur glace	17,6	32,7	39,4
Raquette sur neige	17,3	26,9	30,0
Danse	15,1	16,7	18,4
Sports de raquette	13,8	24,2	30,8
Planche à roulettes ¹	12,1	7,3	4,5
Activités nautiques	11,7	23,1	34,0
Soccer	10,1	16,7	20,5
Basketball ²	10,0	11,7	9,6
Volleyball ²	10,0	14,8	13,1
Hockey sur glace	9,9	15,3	11,9
Golf	9,7	12,5	17,5
Patinage à roues alignées	8,6	13,7	12,9
Baseball — softball	7,9	10,6	8,3
Ski de fond	6,4	11,7	21,0
Ski alpin	6,1	14,8	23,3
Football ²	5,5	4,0	3,5
Planche à neige	4,0	8,5	6,0
Sports de combat	3,6	7,1	6,3
Gymnastique ¹	2,9	3,2	2,3
Activités motorisées (VHR)			
Véhicule tout terrain (VTT)	24,2	28,2	15,9
Motoneige	12,7	15,3	7,5

¹ Chez les personnes de 18-44 ans.

² Chez les personnes de 18-64 ans.

Tableau 37 Popularité des activités récréatives et sportives pratiquées au moins une fois durant l'année, population âgée de 18 à 74 ans selon le revenu du ménage, Québec, 2015-2016

Activités	Moins de	De 30 000 \$ à	De 80 000 \$ à	100 000 \$ et
	30 000 \$	79 999 \$	99 999 \$	plus
	%			
Marche à des fins d'exercice	60,7	73,0	76,1	74,2
Natation — baignade	33,1	50,7	60,0	65,4
Conditionnement physique	32,4	42,7	53,8	60,7
Vélo	32,0	45,8	54,6	63,6
Course à pied — jogging	24,5	29,4	40,3	49,5
Patinage sur glace	16,2	27,7	37,8	42,5
Danse	16,0	19,0	15,8	13,3
Sports de raquette	14,0	20,6	28,6	30,4
Soccer	12,5	14,6	17,6	18,3
Raquette sur neige	12,2	24,7	31,4	35,1
Basketball ²	10,9	9,6	10,0	12,2
Activités nautiques	10,6	19,2	29,2	36,2
Planche à roulettes ¹	9,5	7,3	5,8	8,4
Volleyball ²	9,0	12,2	15,5	15,4
Patinage à roues alignées	8,9	11,3	13,6	14,4
Ski de fond	6,7	11,5	15,0	18,8
Baseball — softball	6,5	9,4	10,0	12,0
Football ²	6,4	3,9	2,7	4,6
Hockey sur glace	6,2	11,8	18,0	20,0
Sports de combat	4,6	4,3	7,1	7,9
Ski alpin	4,5	9,4	21,1	30,2
Golf	4,4	11,9	17,3	22,8
Gymnastique ¹	3,6	2,8	2,4	1,5
Planche à neige	3,4	6,0	8,2	8,3
Activités motorisées (VHR)				
Véhicule tout terrain (VTT)	18,7	25,4	27,9	25,9
Motoneige	8,0	13,8	15,8	14,2

¹ Chez les personnes de 18-44 ans.

² Chez les personnes de 18-64 ans.

Tableau 38 Nombre et taux de blessés pour chaque activité récréative ou sportive selon la région de résidence, Québec, 2015-2016

Activités	RMR Montréal		Autres RMR ¹		Autres régions	
	N	Taux ²	N	Taux ²	N	Taux ²
Gymnastique	13 000	108*	F	F	7 000	126*
Sports de combat	26 000	100*	12 000	134*	F	F
Hockey sur glace	40 000	98*	24 000	125*	34 000	92
Planche à neige	18 000	78*	F	F	7 000	43*
Football	11 000	67*	F	F	6 000	87*
Course à pied — jogging	86 000	66	39 000	80	33 000	52
Soccer	45 000	59	14 000	60*	14 000	41
Conditionnement physique	85 000	57	34 000	55*	37 000	44
Ski alpin	28 000	57*	14 000	59*	31 000	41
Volleyball	18 000	56*	F	F	6 000	25*
Planche à roulettes	12 000	47*	F	F	F	F
Basketball	16 000	36*	F	F	5 000	27*
Danse	21 000	34*	F	F	F	F
Baseball	F	F	F	F	15 000	60*
Vélo	53 000	29*	13 000	18*	14 000	14*
Sports de raquette	22 000	25*	F	F	F	F
Marche	55 000	24*	21 000	21*	27 000	12*
Patin sur glace	15 000	14*	F	F	F	F
Véhicule tout terrain (VTT)	F	F	F	F	16 000	19*
Natation	14 000	8*	F	F	9 000	8*

¹ Les autres RMR comprennent : Québec, Saguenay, Trois-Rivières, Gatineau et Sherbrooke.

² Taux par 1 000 personnes disant avoir pratiqué l'activité en question au moins une fois en 2015-2016

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

F Estimations non nulles, mais jugées imprécises (coefficient de variation > 33,3 %); elles ne sont pas présentées.

Tableau 39 Taux^a de blessés pour chaque activité récréative ou sportive selon la scolarité, population âgée de 18 à 74 ans, Québec, 2015-2016

Activités	Secondaire 5 ou moins	Collégial	Universitaire
	Taux		
Marche à des fins d'exercice	24*	24*	22*
Course à pied — jogging	35*	74	103
Vélo	---	23*	38*
Natation — baignade	---	10*	10*
Soccer	35*	51*	80*
Baseball — softball	70*	36*	---
Hockey sur glace	94*	131	104*
Patinage sur glace	---	---	19*
Planche à neige	---	65*	---
Ski alpin	---	76*	49*
Conditionnement physique	44*	63	63
Danse	---	---	39*
Volleyball ¹	---	---	69*
Sports de raquette	---	33*	30*
Sports de combat	125*	94*	156*

^a Taux par 1 000 personnes disant avoir pratiqué l'activité en question au moins une fois en 2015-2016.

¹ Chez les personnes de 18-64 ans.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

--- Estimations non nulles, mais jugées imprécises (coefficient de variation >33,3 %); elles ne sont pas présentées. Les estimations pour les autres activités ne sont pas suffisamment précises pour être présentées.

Tableau 40 Taux^a de blessés pour chaque activité récréative ou sportive selon le revenu du ménage, population âgée de 18 à 74 ans, Québec, 2015-2016

Activités	Moins de 30 000 \$	De 30 000 \$ à 79 999 \$	De 80 000 \$ à 99 999 \$	100 000 \$ et plus
	Taux			
Marche à des fins d'exercice	---	26*	---	26*
Course à pied — jogging	35*	65	104*	100*
Vélo	24*	27*	---	28*
Soccer	39*	50*	---	83*
Baseball — softball	---	40*	---	---
Hockey sur glace	179*	101*	---	133*
Planche à neige	---	109*	---	---
Ski alpin	---	44*	---	85*
Conditionnement physique	35*	48	58*	93
Volleyball ¹	---	36*	---	---
Sports de raquette	---	---	---	47*
Sports de combat	---	---	230*	157*

^a Taux par 1 000 personnes disant avoir pratiqué l'activité en question au moins une fois en 2015-2016.

¹ Chez les personnes de 18-64 ans.

* Coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %; à interpréter avec circonspection.

--- Estimations non nulles, mais jugées imprécises (coefficient de variation > 33,3 %); elles ne sont pas présentées. Les estimations pour les autres activités ne sont pas suffisamment précises pour être présentées.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca