

Recherche quantitative originale

Blessures autodéclarées chez les adolescents canadiens : taux et principaux corrélats

Kathleen MacNabb, M.A.; Nathan Smith, M. Sc.; Alysia Robinson, M. Sc.; Gabriela Ilie, Ph. D.; Mark Asbridge, Ph. D.

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Les blessures subies par les adolescents au Canada constituent un problème de santé publique coûteux. Les recherches, limitées, qui ont été faites dans ce domaine reposent en grande partie sur des données administratives, qui sous-estiment la prévalence des blessures en omettant celles qui ne sont pas traitées par le système de santé. Les données autodéclarées fournissent des estimations à l'échelle de la population et comprennent des informations contextuelles utilisables pour déterminer les corrélats des blessures et les cibles possibles d'interventions en santé publique visant à réduire le fardeau des blessures.

Méthodologie. À l'aide des données de la vague de 2017 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, nous avons calculé la prévalence des blessures autodéclarées, globalement et en fonction de leur caractère intentionnel ou non. Nous avons comparé la prévalence des blessures en fonction de l'âge, du sexe, de l'activité professionnelle, de la présence d'un trouble de l'humeur, de la présence d'un trouble d'anxiété, du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool. Nous avons effectué les analyses à l'aide d'une régression logistique en vue d'établir les principaux corrélats pour lesquels les estimations de la prévalence sont significativement différentes.

Résultats. La prévalence globale des blessures subies au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête chez les adolescents vivant au Canada était de 31,4 % (IC à 95 % : 29,4 % à 33,5 %). La plupart des blessures n'étaient pas intentionnelles. Quelques points de pourcentage seulement séparaient les estimations correspondant aux différentes provinces, à l'exception de la Saskatchewan, où la prévalence était nettement plus élevée pour l'ensemble des blessures et pour les blessures non intentionnelles. Le tabagisme et la consommation excessive d'alcool ont été significativement associés à une plus grande prévalence des blessures dans la plupart des provinces. Les autres corrélats présentaient des associations non significatives ou inconsistantes avec la prévalence des blessures.

Conclusion. D'après les données, les interventions de prévention des blessures visant à réduire la consommation d'alcool, en particulier la consommation excessive d'alcool, seraient efficaces pour réduire les blessures chez les adolescents au Canada. D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer comment le contexte provincial (comme le soutien en santé mentale pour les adolescents ou les programmes et politiques visant à réduire la consommation de substances) a un effet sur les taux de blessures.

Mots-clés : plaies, blessures, adolescent, Canada, études transversales, consommation excessive d'alcool, tabagisme

Points saillants

- Grâce aux données autodéclarées provenant d'un ensemble de données représentatif de la population, nous pouvons aborder la « face cachée » des blessures chez les adolescents au Canada.
- Environ 31 % des adolescents de 12 à 19 ans dans le sud du Canada ont déclaré avoir subi une blessure suffisamment grave pour limiter leurs activités normales ou pour nécessiter des soins médicaux au cours de l'année précédente.
- La plupart des blessures n'étaient pas intentionnelles.
- Les interventions de santé publique qui ciblent la consommation d'alcool des adolescents réduiront probablement le fardeau des blessures.
- En Saskatchewan, la prévalence des blessures autodéclarées était nettement supérieure à celle enregistrée dans les autres provinces.

Introduction

Les blessures subies par des Canadiens de 10 à 19 ans ont coûté plus de 2,3 milliards de dollars canadiens en 2010¹ et ont causé plus de décès dans ce groupe d'âge que toutes les maladies combinées². Pour l'ensemble des groupes d'âge, 60 000 Canadiens se retrouvent en situation de handicap et 3,5 millions de visites aux urgences sont requises en raison de blessures chaque année¹. Malgré le fardeau considérable que les blessures constituent pour la santé publique, peu de recherches

Rattachement des auteurs :

Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

Correspondance : Mark Asbridge, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, 5790 University Avenue, salle 407, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1V7; tél. : 902-494-3761; courriel : mark.asbridge@dal.ca.

systematiques ont été menées sur la prévalence et les corrélats des blessures chez les adolescents canadiens, probablement parce que les blessures sont souvent considérées comme des « accidents malheureux », au caractère « aléatoire » ou « inévitable »³⁻⁵. Cette conception erronée, qui incite à croire qu'on ne peut réduire les taux de blessures, ne tient pas compte du fait que le risque de blessure est réparti inégalement parmi les populations adolescentes⁶, ce qui accentue les inégalités en matière de santé. Des études antérieures ont montré que le risque de blessure chez les adolescents est positivement associé à un revenu faible, au fait d'être un homme^{5,7-9}, à une mauvaise santé mentale¹⁰ et à la consommation de substances^{7,10,11}.

Les quelques recherches qui ont porté sur les taux de blessures chez les adolescents reposent pour la plupart sur des sources de données administratives, comme le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT)¹², le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)¹³ et la Base de données sur les congés des patients (BDPC)¹⁴. Malheureusement, ces données ne sont pas fondées sur la population. Par conséquent, les taux de blessures établis d'après ces programmes de surveillance ne reflètent pas le fardeau lié aux blessures en dehors des hôpitaux. Ces données comportent deux limitations majeures. Premièrement, les données administratives sous-estiment la prévalence des blessures : certaines blessures ne sont pas signalées, le plus souvent parce qu'elles sont simplement ignorées, ne sont pas assez graves pour mériter une attention médicale ou sont le résultat d'une négligence ou d'autres formes de mauvais traitements qu'on souhaite cacher^{5,15,16}. Deuxièmement, les ensembles de données administratives ne fournissent généralement pas d'informations personnelles ou contextuelles qui permettraient aux chercheurs de comparer les taux de blessures en fonction des différents groupes de population. En revanche, les données auto-déclarées – comme celles utilisées dans cette étude – permettent généralement de saisir un plus vaste éventail de blessures, des détails sur le contexte dans lequel les blessures se sont produites et des informations sociodémographiques plus complètes.

On établit généralement une distinction en recherche entre les blessures intentionnelles et les blessures non intentionnelles car leurs déterminants diffèrent. Les blessures intentionnelles sont celles qu'une personne s'inflige à elle-même ou inflige à une autre personne délibérément, par exemple dans un contexte de violence interpersonnelle ou d'automutilation. Les blessures non intentionnelles se caractérisent par l'absence d'intention délibérée de blesser et sont causées, entre autres, par le mauvais temps, une chute, la pratique d'un sport et la collision involontaire avec un objet^{3,4,17}. Bien que les blessures non intentionnelles soient techniquement « accidentelles », il est important de se rappeler qu'elles touchent plus souvent certaines populations⁵⁻¹¹ et que leur survenue a des répercussions négatives multiples, et parfois durables, sur la santé¹⁸.

Déterminer la prévalence et les corrélats des blessures autodéclarées chez les adolescents canadiens est nécessaire afin de cibler les groupes susceptibles de bénéficier le plus d'interventions préventives, de façon à réduire le fardeau global des blessures. Dans cette étude, nous utilisons des données autodéclarées pour établir la prévalence autodéclarée des blessures non intentionnelles et intentionnelles, de façon individuelle et combinée, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête chez les adolescents de 12 à 19 ans dans le sud du Canada (provinces seulement). Nous y présentons également une comparaison des taux entre provinces et une analyse des principaux corrélats.

Méthodologie

Données

Les données ont été tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – composante annuelle¹⁹ de 2017. Cette enquête a été réalisée par Statistique Canada au moyen d'entrevues en personne et par téléphone et est représentative à l'échelle des districts de santé. L'ESCC a permis de recueillir, auprès des Canadiens de 12 ans et plus, des informations sur leur état de santé, les déterminants de leur santé et leur utilisation des services de soins de santé, entre autres sujets.

La population cible exclut les personnes vivant dans les réserves et certains autres établissements autochtones, sur les terres

de la Couronne, dans certaines régions du nord du Québec (Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James) ou en établissement. Sont également exclus les membres à temps plein des Forces canadiennes et les jeunes de 12 à 17 ans vivant en famille d'accueil. Les données n'ont pas été recueillies auprès de ces groupes. En dépit de ces exclusions, la population cible de l'ESCC couvre environ 98 % des Canadiens de 12 ans et plus. La plupart des répondants adolescents (12 à 17 ans) ont été échantillonnés à l'aide d'une liste basée sur le fichier de l'Allocation canadienne pour enfants, tandis que tous les répondants adultes ont été échantillonnés au moyen de la base aréolaire de l'Enquête sur la population active du Canada¹⁹.

En raison des difficultés liées aux enquêtes dans les territoires, seule la moitié des communautés sont interrogées chaque année, ce qui signifie que les données sont représentatives des territoires après deux ans. Tous les répondants provenant des territoires ont donc été retirés de l'échantillon d'analyse et les estimations présentées ici ne portent de ce fait que sur les 10 provinces.

La version confidentielle des microdonnées de l'ESCC a été consultée par le biais de l'Atlantic Research Data Centre situé à l'Université Dalhousie. L'approbation éthique de l'étude a été accordée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Dalhousie.

Population

L'ensemble de données complet comprenait 58 135 répondants de 12 ans et plus. Notre échantillon d'analyse ne comprend que les 5366 répondants de 12 à 19 ans inclusivement, qui résidaient dans l'une des 10 provinces canadiennes : Colombie-Britannique (C.-B.), Alberta (Alb.), Saskatchewan (Sask.), Manitoba (Man.), Ontario (Ont.), Québec (Qc), Nouveau-Brunswick (N.-B.), Nouvelle-Écosse (N.-É.), Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) et Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.). L'échantillon était représentatif des 3 236 864 adolescents qui vivaient dans les provinces canadiennes à l'époque²⁰. Les mineurs devaient avoir obtenu le consentement actif d'un parent ou d'un tuteur pour participer. Le taux de réponse national pour les participants de 12 à 18 ans* était de 56 %, allant de 51,1 % à l'Î.-P.-É. à 68,1 % au Québec¹⁹.

* Le guide de l'utilisateur de l'ESCC 2017 indique les taux de réponse pour les jeunes (12 à 18 ans) et les adultes (19 ans et plus) au Canada et dans chaque province, mais ne fournit pas de taux de réponse pour notre population d'étude (12 à 19 ans).

Variables de l'étude

Résultat

L'« ensemble des blessures » comprend toute blessure subie au cours de l'année précédant l'enquête qui était soit suffisamment grave pour limiter les activités normales, soit d'une gravité insuffisante pour limiter les activités normales mais a été examinée ou traitée par un professionnel de la santé. Nos mesures des blessures correspondent aux questions de l'enquête concernant les lésions attribuables aux mouvements répétitifs qui ont limité les activités normales au cours des 12 derniers mois (syndrome du canal carpien, épicondylite latérale, tendinite, etc.), les blessures suffisamment graves pour limiter les activités quotidiennes pendant au moins 24 heures après la blessure (fracture, coupure profonde, brûlure ou entorse, etc.) et les blessures subies au cours des 12 derniers mois qui ont été traitées par un professionnel de la santé mais qui n'ont pas limité les activités normales. Nous avons déterminé le caractère intentionnel d'après la mention d'une chute comme cause de la blessure et d'après le type d'activité associée à la blessure.

« Les blessures intentionnelles et les collisions de véhicules à moteur (CVM) » ont été déterminées à partir des causes connues suivantes : être conducteur ou passager à bord d'un véhicule routier ou hors route, agression physique ou blessure volontairement auto-infligée. Si la violence interpersonnelle et les blessures auto-infligées sont largement considérées comme intentionnelles, la question de savoir si les collisions de véhicules à moteur doivent être considérées comme intentionnelles ou non est matière à débat. Nous avons choisi de combiner les CVM avec les blessures intentionnelles en reconnaissance du fait que ces incidents sont largement évitables et que quelqu'un est presque toujours responsable. Parmi les « blessures non intentionnelles » présentées dans l'ensemble de données, notons par exemple les chutes, un mouvement trop intensif ou ardu, le contact accidentel avec un objet tranchant ou une substance chaude, les blessures résultant de conditions climatiques extrêmes ou d'une catastrophe naturelle, celles subies lors de la pratique d'un sport ou d'une activité physique de loisir et les lésions attribuables aux mouvements répétitifs. Nous n'avons pas pu fixer le caractère intentionnel ou non intentionnel de

certaines blessures, ce qui fait qu'elles n'ont été comptabilisées dans aucune des deux catégories mais ont été incluses dans l'ensemble des blessures.

Corrélat

Les principaux corrélats des blessures qui ont été étudiés sont l'âge (12-13, 14-16, 17-19 ans), le sexe (masculin, féminin), le revenu (faible, moyen, élevé), l'activité professionnelle (oui, non), la présence de troubles de l'humeur (oui, non), la présence de troubles d'anxiété (oui, non), le tabagisme (oui, non) et la consommation excessive d'alcool (oui, non).

Le revenu a été mesuré en fonction du revenu total du ménage pour l'année précédant l'enquête, avant impôts et déductions, et a été classé par tercile (faible [$\leq 72\,736$ \$ CA]; moyen [$72\,737$ à $132\,226$ \$ CA]; élevé [$\geq 132\,227$ \$ CA]). On a demandé à un membre du ménage de fournir l'information sur le revenu à la place des répondants mineurs (12 à 17 ans), dans la mesure où les jeunes ne connaissent pas forcément cette information. La personne déclarant le revenu devait consentir à ce que ses données soient jumelées aux dossiers fiscaux pour validation.

L'activité professionnelle a été répartie en deux catégories : « ayant un emploi » (employé dans une entreprise, travailleur autonome ou travailleur dans une entreprise familiale, quel que soit le salaire) et « sans emploi ». Tous les répondants de 12 à 14 ans ont été considérés comme étant « sans emploi » car ce groupe d'âge n'est pas légalement autorisé à travailler.

Les troubles de l'humeur (comme la dépression, le trouble bipolaire, la manie et la dysthymie) et les troubles d'anxiété (comme les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs et les troubles paniques) devaient avoir été diagnostiqués par un professionnel de la santé et avoir une durée écoulée ou probable de six mois ou plus.

Le tabagisme a été défini comme le fait d'avoir fumé des cigarettes au cours des 30 derniers jours. La consommation excessive d'alcool a été définie comme la consommation de cinq boissons alcoolisées ou plus (hommes) ou de quatre boissons alcoolisées ou plus (femmes) en une seule occasion au cours de la dernière année.

Analyse des données

Les estimations de la prévalence de l'ensemble des blessures (même celles de cause non précisée), des blessures intentionnelles et CVM et des blessures non intentionnelles ont été calculées pour les provinces combinées (« analyse groupée ») et pour chacune. Nous avons créé un tableau croisé pour déterminer la prévalence des blessures en fonction des principaux corrélats. Nous avons utilisé des poids d'échantillonnage dans toutes les analyses. Les estimations de la prévalence sont donc accompagnées d'un intervalle de confiance (IC) à 95 %. Une régression logistique a servi à établir si les différences de prévalence associées aux corrélats étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$). Nous avons créé des catégories pour toutes les données manquantes afin d'éviter de perdre des données de l'échantillon d'analyse, mais ces estimations ne figurent pas dans les tableaux présentés ici. Les effectifs de toutes les cellules comportant moins de 15 cas dans les analyses non pondérées ont été supprimés afin d'éviter la divulgation de renseignements permettant d'identifier une personne. Cela fait partie des conditions d'accès aux microdonnées confidentielles par l'entremise de l'Atlantic Research Data Centre. Les analyses ont été réalisées à l'aide de Stata 15²¹.

Résultats

Prévalence des blessures en fonction du lieu

La prévalence des blessures autodéclarées pour la dernière année varie considérablement en fonction du type et du lieu. L'estimation ponctuelle groupée (toutes les provinces) pour l'ensemble des blessures était de 31 %, la plupart des provinces se situant entre 28 % (N.-É.) et 33 % (T.-N.-L.). La Saskatchewan faisait exception, avec 41 % des jeunes ayant déclaré avoir subi une blessure dans l'année précédant l'enquête. La plupart des blessures étaient non intentionnelles, avec une prévalence groupée de 27 %, la prévalence se situant dans la plupart des provinces entre 24 % (Qc) et 28 % (Alb.). Encore une fois, la Saskatchewan affichait une valeur nettement supérieure, soit 36 %. Nous estimons que 1 % des adolescents ont subi une blessure intentionnelle ou une CVM dans le sud du Canada. Nous ne fournissons que les estimations groupées car la plupart des estimations provinciales

ne sont pas publiables en raison de faibles effectifs par cellule.

Principaux corrélats de la prévalence des blessures

Le nombre de corrélations significatives entre les corrélats et les taux de prévalence s'est révélé très variable selon le lieu, allant de 0 à T.-N.-L. à 11 en Ontario pour atteindre 18 pour les analyses groupées. Nous avons observé, de manière générale, moins de corrélations significatives dans les provinces à plus faible taille des échantillons ($n < 300$) : dans ces cas-là, les calculs n'étaient pas assez puissants. Par souci de concision, les estimations de prévalence ne sont présentées que pour les corrélations significatives des analyses groupées. Les résultats complets se trouvent dans les tableaux 1 à 3.

Prévalence de l'ensemble des blessures en fonction des corrélats

Le tableau 1 présente la prévalence de l'ensemble des blessures. Les filles présentaient des taux de blessures significativement plus faibles dans les analyses groupées (filles : 27,4 % [IC à 95 % : 24,9 % à 30,2 %]; garçons : 35 % [32,1 % à 38 %]) ainsi qu'en C.-B., en Alberta et au Québec. Le revenu a été associé de façon significative suivant un gradient dans les analyses groupées et en Ontario, et les adolescents de ménages à revenu élevé ont présenté des taux de blessures significativement plus élevés en N.-É. et à l'Î.-P.-É. alors que nous n'avons pas observé de différence significative chez les adolescents de ménages à revenu moyen. Dans les analyses groupées, les adolescents de ménages à revenu élevé (34,4 % [30,7 % à 38,2 %]) et de ménages à revenu moyen (32,4 % [29,1 % à 35,7 %]) présentaient un taux global de blessures significativement plus élevé que leurs pairs de ménages à faible revenu (27,6 % [24,4 % à 31,1 %]). Le fait d'avoir un emploi était significativement corrélé à un taux de blessures inférieur en Alberta. Les adolescents atteints de troubles de l'humeur en Ontario présentaient une prévalence de l'ensemble des blessures significativement plus élevée. De même, les adolescents atteints de troubles d'anxiété présentaient un taux de blessures significativement plus élevé en Ontario et au Nouveau-Brunswick. Le tabagisme était significativement corrélé à un taux de blessures plus élevé dans les analyses groupées (consommateurs : 45,2 % [36,3 % à 54,4 %];

abstinents : 30,7 % [28,7 % à 32,8 %]) et en Ontario, tandis que la consommation excessive d'alcool était significativement corrélée dans les analyses groupées (consommateurs : 39,6 % [35,2 % à 44 %]; abstinents : 28,6 % [26,3 % à 31 %]) ainsi qu'en C.-B. et en Ontario. Aucune corrélation significative n'est apparue entre la prévalence de l'ensemble des blessures et l'âge.

Prévalence des blessures non intentionnelles en fonction des corrélats

Les taux de blessures non intentionnelles sont présentés dans le tableau 2. Les Saskatchewanais de 17 à 19 ans présentaient un taux de blessures non intentionnelles significativement plus élevé par rapport à ceux de 12 et 13 ans. Les filles présentaient des taux de blessures non intentionnelles significativement plus faibles dans les analyses groupées ainsi qu'en C.-B. et au Québec. Dans les analyses groupées (tercile le plus élevé : 28 % [24,8 % à 31,5 %]; tercile le plus bas : 24,1 % [21 % à 27,6 %]) et en N.-É., les taux de blessures non intentionnelles étaient significativement plus élevés dans le tercile de revenu le plus élevé par rapport au tercile de revenu le plus bas (le tercile intermédiaire n'était pas significativement différent). En Alberta, le fait d'avoir un emploi et, au Nouveau-Brunswick, le fait de souffrir d'un trouble d'anxiété ont été associés de façon significative à un plus grand risque de blessures non intentionnelles. Le tabagisme était significativement corrélé au risque de blessures non intentionnelles dans les analyses groupées (consommateurs : 39,9 % [31 % à 49,5 %]; abstinents : 25,7 % [23,9 % à 27,7 %]) ainsi qu'en Ontario et au Québec. La consommation excessive d'alcool a été significativement associée à une augmentation des blessures non intentionnelles dans les analyses groupées (consommateurs : 34,1 % [29,9 % à 38,4 %]); abstinents : 23,7 % [21,6 % à 25,9 %]) ainsi qu'en C.-B., au Manitoba, en Ontario, au Québec et au N.-B. Aucune corrélation significative n'est apparue entre la prévalence des blessures non intentionnelles et les troubles de l'humeur.

Prévalence des blessures intentionnelles et des CVM en fonction des corrélats

Le tableau 3 présente les estimations de la prévalence des blessures intentionnelles et des CVM chez les Canadiens de 12 à 19 ans. Nous n'avons pas été en mesure

de publier des estimations des blessures intentionnelles et des CVM pour la plupart des lieux ou en fonction du revenu en raison des faibles effectifs par cellule. Nous ne fournissons donc que des estimations groupées et nous avons supprimé les analyses provinciales. Les adolescents de 17 à 19 ans avaient un taux significativement plus élevé que ceux de 12 et 13 ans (17 à 19 : 1,3 % [0,8 % à 1,9 %]; 12 et 13 : 0,19 % [0,1 % à 0,5 %]). Les adolescents qui avaient un emploi présentaient une prévalence significativement plus élevée (avec emploi : 1,5 % [0,9 % à 2,5 %]; sans emploi : 0,4 % [0,3 % à 0,6 %]), tout comme ceux qui présentaient un trouble de l'humeur (trouble : 3 % [1,5 % à 5,8 %]; sans trouble : 0,6 % [0,4 % à 0,9 %]) ou un trouble d'anxiété (trouble : 1,6 % [0,9 % à 2,9 %]; sans trouble : 0,6 % [0,4 % à 0,9 %]). Les adolescents qui fumaient des cigarettes (consommateurs : 3,2 % [1,4 % à 7,3 %]; abstinents : 0,6 % [0,4 % à 0,8 %]) ou qui consommaient de l'alcool de façon excessive (consommateurs : 1,3 % [0,7 % à 2,3 %]; abstinents : 0,5 % [0,4 % à 0,8 %]) présentaient des taux significativement plus élevés. Il n'y avait pas de corrélation significative entre la prévalence des blessures intentionnelles et des CVM et le sexe.

Analyse

Nous avons calculé la prévalence de l'ensemble des blessures, des blessures non intentionnelles ainsi que des blessures intentionnelles et CVM autodéclarées au cours de l'année précédant l'enquête chez les Canadiens du sud de 12 à 19 ans en fonction d'indicateurs socio-économiques, de leur santé mentale et de la consommation de substances. D'après les estimations groupées, 31,4 % (29,4 % à 33,5 %) des adolescents ont déclaré avoir subi une blessure au cours de l'année précédant l'enquête, dont la plupart étaient non intentionnelles (26,5 % [24,6 % à 28,4 %]). La prévalence globale des blessures variait selon le lieu, l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario et T.-N.-L. affichant une prévalence supérieure à celle des analyses groupées, les autres provinces affichant des taux inférieurs. La Saskatchewan dépassait largement les taux des autres provinces en ce qui a trait aux blessures non intentionnelles et à l'ensemble des blessures. Environ 1 % des adolescents avaient subi une blessure intentionnelle ou CVM au cours de l'année précédant l'enquête. Ces taux sont sensiblement plus élevés

TABEAU 1
Prévalence de l'ensemble des blessures (%) chez les Canadiens de 12 à 19 ans^a, valeurs pondérées (prévalence et IC à 95 %), ESCC 2017

	Canada (n = 5 366)	Colombie- Britannique (n = 620 ^a)	Alberta (n = 540 ^a)	Saskatchewan (n = 195 ^a)	Manitoba (n = 237 ^a)	Ontario (n = 1 310 ^a)	Québec (n = 907 ^a)	Nouveau- Brunswick (n = 162 ^a)	Nouvelle- Écosse (n = 172 ^a)	Île-du-Prince- Édouard (n = 92 ^a)	Terre-Neuve-et- Labrador (n = 160 ^a)
Total	31,4 (29,4 à 33,5)	30,7 (25,9 à 36,0)	32,0 (27,5 à 36,8)	41,4 (32,8 à 50,5)	28,8 (21,8 à 37,0)	32,0 (28,4 à 36,0)	29,7 (26,1 à 33,5)	29,3 (21,1 à 39,1)	28,2 (21,2 à 36,4)	29,6 (21,5 à 39,3)	32,6 (23,2 à 43,7)
Âge (ans)											
12 et 13	31,1 (27,6 à 34,9)	26,5 (18,8 à 35,8)	33,6 (25,4 à 43,0)	27,1 (16,9 à 40,4)	24,2 (13,4 à 39,6)	34,1 (27,4 à 41,5)	28,5 (22,5 à 35,4)	29,1 (17,7 à 43,9)	37,4 (25,0 à 51,7)	35,6 (20,2 à 54,6)	24,8 (13,4 à 41,3)
14 à 16	32,4 (29,4 à 35,6)	33,1 (25,8 à 41,3)	38,1 (30,8 à 46,0)	43,1 (30,2 à 57,1)	27,6 (17,9 à 40,1)	30,4 (24,9 à 36,4)	32,6 (26,8 à 39,0)	27,1 (17,3 à 39,9)	29,0 (19,5 à 40,8)	25,4 (15,3 à 39,1)	39,1 (27,3 à 52,4)
17 à 19	30,7 (27,2 à 34,4)	31,4 (23,0 à 41,3)	25,3 (18,6 à 33,5)	49,3 (32,4 à 66,4)	32,8 (20,3 à 48,5)	32,2 (25,9 à 39,3)	27,5 (21,6 à 34,3)	31,8 (15,9 à 53,4)	20,9 (10,5 à 37,1)	31,4 (15,7 à 52,9)	28,7 (10,5 à 58,2)
Sexe											
Masculin	35,0 (32,1 à 38,0)	36,9 (29,9 à 69,5)	35,3 (28,7 à 42,6)	44,3 (31,9 à 57,5)	35,5 (25,1 à 47,4)	35,5 (30,1 à 41,2)	33,4 (28,3 à 38,9)	27,2 (17,9 à 39,2)	27,1 (17,8 à 39,0)	33,7 (21,8 à 48,1)	29,8 (19,5 à 42,7)
Féminin	27,4 (24,9 à 30,2)*	24,7 (18,7 à 31,7)*	28,6 (23,0 à 35,0)*	38,3 (27,1 à 50,9)	21,2 (13,5 à 31,8)	28,1 (23,4 à 33,5)	25,4 (20,8 à 30,3)*	31,6 (19,0 à 47,6)	29,5 (20,0 à 41,0)	25,3 (15,4 à 38,5)	35,3 (20,9 à 53,0)
Revenu											
Faible	27,6 (24,4 à 31,1)	33,0 (24,8 à 42,3)	28,6 (20,6 à 38,2)	33,6 (20,4 à 50,0)	26,4 (16,3 à 39,8)	25,4 (19,9 à 31,8)	29,6 (23,7 à 36,4)	23,0 (12,9 à 37,5)	21,0 (12,2 à 33,5)	14,3 (6,5 à 28,6)	23,3 (13,3 à 37,5)
Moyen	32,4 (29,1 à 35,7)*	34,9 (26,9 à 43,7)	32,3 (24,0 à 41,9)	46,0 (31,1 à 61,7)	18,4 (10,5 à 30,1)	35,3 (29,2 à 42,0)*	26,8 (21,6 à 32,6)	34,5 (19,8 à 52,8)	30,4 (20,3 à 42,7)	31,2 (18,4 à 47,9)	29,0 (16,7 à 45,3)
Élevé	34,4 (30,7 à 38,2)*	24,0 (16,8 à 33,0)	33,7 (27,4 à 40,5)	43,4 (29,7 à 58,2)	44,1 (29,5 à 59,8)	36,1 (29,4 à 43,4)*	32,7 (26,2 à 40,0)	29,4 (17,8 à 44,6)	41,5 (25,7 à 59,3)*	50,4 (31,3 à 69,5)*	42,3 (25,6 à 61,4)
Emploi											
Non	30,6 (28,3 à 32,9)	30,3 (25,1 à 36,0)	35,1 (29,6 à 41,0)	43,9 (34,4 à 53,9)	27,4 (19,5 à 37,1)	30,2 (26,1 à 34,7)	27,6 (23,6 à 32,0)	30,8 (22,6 à 40,4)	26,2 (19,2 à 24,7)	32,4 (22,8 à 43,7)	29,9 (21,6 à 39,8)
Oui	33,7 (29,8 à 37,9)	31,9 (22,0 à 43,8)	23,4 (17,1 à 31,2)*	31,8 (17,1 à 51,3)	31,5 (19,0 à 47,5)	38,2 (30,8 à 46,1)	34,8 (27,7 à 42,7)	25,4 (8,7 à 55,9)	32,1 (16,8 à 52,3)	22,6 (10,7 à 43,0)	42,2 (17,1 à 72,1)
Trouble de l'humeur											
Non	31,1 (29,1 à 33,2)	29,9 (25,0 à 35,3)	32,4 (27,7 à 37,5)	42,2 (33,3 à 51,6)	28,7 (21,4 à 37,3)	31,5 (27,7 à 35,6)	29,6 (26,0 à 33,5)	—	—	—	—
Oui	37,0 (29,6 à 45,1)	38,6 (19,7 à 61,7)	26,6 (15,7 à 41,4)	22,6 (8,0 à 49,4)	31,3 (14,2 à 55,7)	46,0 (32,3 à 60,4)*	33,0 (15,4 à 57,3)	—	—	—	—
Trouble d'anxiété											
Non	31,0 (29,0 à 33,2)	31,0 (26,0 à 36,4)	31,7 (27,0 à 36,9)	42,6 (33,4 à 52,4)	28,7 (21,4 à 37,4)	31,5 (27,6 à 35,6)	29,4 (25,8 à 33,4)	23,6 (16,8 à 32,0)	27,5 (20,2 à 36,3)	—	—
Oui	35,9 (29,1 à 43,2)	27,4 (13,5 à 47,7)	32,8 (21,0 à 47,4)	34,4 (14,3 à 62,2)	31,3 (14,2 à 55,7)	40,7 (28,1 à 54,7)*	33,1 (20,6 à 48,6)	61,5 (34,5 à 82,9)*	31,5 (14,9 à 54,7)	—	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Prévalence de l'ensemble des blessures (%) chez les Canadiens de 12 à 19 ans^a, valeurs pondérées (prévalence et IC à 95 %), ESCC 2017

	Canada (n = 5 366)	Colombie- Britannique (n = 620 ^a)	Alberta (n = 540 ^a)	Saskatchewan (n = 195 ^a)	Manitoba (n = 237 ^a)	Ontario (n = 1 310 ^a)	Québec (n = 907 ^a)	Nouveau- Brunswick (n = 162 ^a)	Nouvelle- Écosse (n = 172 ^a)	Île-du-Prince- Édouard (n = 92 ^a)	Terre-Neuve-et- Labrador (n = 160 ^a)
Tabagisme											
Non	30,7 (28,7 à 32,8)	30,4 (25,4 à 35,8)	31,2 (26,7 à 36,2)	40,7 (31,9 à 49,7)	29,2 (21,9 à 37,7)	31,1 (27,4 à 35,1)	28,6 (25,0 à 32,6)	—	—	—	—
Oui	45,2 (36,3 à 54,4)*	39,6 (20,3 à 62,9)	45,5 (26,5 à 66,0)	51,4 (18,1 à 83,5)	21,0 (7,3 à 47,1)	53,3 (36,0 à 69,9)*	42,0 (28,6 à 56,8)	—	—	—	—
Consommation excessive d'alcool											
Non	28,6 (26,3 à 31,0)	25,3 (20,3 à 31,1)	32,1 (26,8 à 39,9)	38,6 (29,5 à 48,6)	23,2 (16,3 à 32,0)	29,3 (25,1 à 33,8)	26,4 (22,0 à 31,3)	26,2 (18,7 à 35,3)	29,8 (22,2 à 38,7)	27,7 (18,9 à 38,7)	31,7 (23,0 à 41,9)
Oui	39,6 (35,2 à 44,0)*	52,6 (40,3 à 64,6)*	32,2 (23,8 à 41,8)	54,5 (32,1 à 75,2)	46,9 (29,5 à 65,1)	40,9 (32,2 à 50,2)*	34,3 (27,9 à 41,3)	48,8 (25,0 à 73,2)	20,4 (8,3 à 41,9)	30,1 (14,5 à 52,2)	41,0 (14,6 à 73,9)

Abréviation : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Remarque : « — » indique que les estimations ont été supprimées en raison du faible nombre de valeurs correspondantes.

^a Les données du Canada comprennent les répondants de 12 à 19 ans, mais les données de l'ESCC au niveau provincial ne comprennent que les 12 à 18 ans, car les données pour les personnes de 19 ans ont été supprimées en raison du faible nombre de valeurs. Nous fournissons le nombre de répondants âgés de 12 à 18 ans dans chaque province, qui est disponible publiquement.

* Probabilité de blessure significativement différente d'un point de vue statistique ($p < 0,05$).

TABLEAU 2
Prévalence des blessures non intentionnelles (%) chez les Canadiens âgés de 12 à 19 ans^a, valeurs pondérées (prévalence et IC à 95 %), ESCC 2017

	Canada (n = 5 366)	Colombie- Britannique (n = 620 ^a)	Alberta (n = 540 ^a)	Saskatchewan (n = 195 ^a)	Manitoba (n = 237 ^a)	Ontario (n = 1 310 ^a)	Québec (n = 907 ^a)	Nouveau- Brunswick (n = 162 ^a)	Nouvelle- Écosse (n = 172 ^a)	Île-du-Prince- Édouard (n = 92 ^a)	Terre-Neuve-et- Labrador (n = 160 ^a)
Total	26,5 (24,6 à 28,4)	25,7 (24,6 à 28,4)	28,0 (23,8 à 32,7)	36,4 (28,1 à 45,5)	25,2 (18,3 à 33,5)	27,1 (23,7 à 30,8)	23,8 (20,6 à 27,3)	24,8 (17,0 à 34,7)	24,3 (17,9 à 32,2)	25,9 (18,3 à 35,4)	27,5 (18,4 à 38,9)
Âge (ans)											
12 et 13	26,2 (22,8 à 29,8)	23,3 (16,1 à 32,5)	30,5 (22,6 à 39,8)	22,1 (12,9 à 35,4)	21,5 (11,1 à 37,5)	29,1 (22,7 à 36,4)	21,4 (16,4 à 27,3)	20,0 (11,1 à 33,4)	33,0 (21,3 à 47,3)	31,7 (17,3 à 50,8)	20,6 (10,7 à 36,2)
14 à 16	28,0 (25,0 à 31,1)	26,0 (19,7 à 33,6)	32,4 (25,5 à 40,2)	39,2 (26,6 à 53,4)	23,9 (14,7 à 36,5)	27,8 (22,4 à 33,9)	26,6 (21,1 à 33,0)	22,6 (13,5 à 35,3)	26,1 (17,0 à 38,0)	23,7 (13,9 à 37,3)	31,3 (20,4 à 44,7)
17 à 19	25,3 (22,2 à 28,7)	27,0 (19,1 à 36,7)	22,4 (16,0 à 30,6)	43,3 (27,5 à 60,5)*	28,7 (16,6 à 44,8)	25,4 (20,0 à 31,6)	22,5 (17,5 à 28,5)	30,4 (14,8 à 52,4)	16,4 (7,7 à 31,6)	24,2 (10,8 à 45,7)	26,7 (8,9 à 57,6)
Sexe											
Masculin	29,9 (27,2 à 32,7)	33,0 (26,1 à 40,6)	31,5 (25,2 à 38,7)	39,4 (27,5 à 52,8)	31,9 (21,7 à 44,2)	29,8 (24,9 à 35,2)	27,1 (22,6 à 32,0)	23,9 (15,1 à 35,6)	23,7 (15,2 à 35,0)	28,1 (17,2 à 42,4)	24,4 (15,2 à 36,6)
Féminin	22,7 (20,3 à 25,3)*	18,6 (13,8 à 24,7)*	24,6 (19,3 à 30,7)	33,1 (22,6 à 45,6)	17,5 (10,3 à 28,1)	24,0 (19,5 à 29,2)	19,9 (15,6 à 25,1)*	25,8 (13,8 à 42,9)	25,1 (16,3 à 36,5)	23,6 (14,1 à 36,7)	30,5 (16,4 à 49,6)

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Prévalence des blessures non intentionnelles (%) chez les Canadiens âgés de 12 à 19 ans^a, valeurs pondérées (prévalence et IC à 95 %), ESCC 2017

	Canada (n = 5 366)	Colombie- Britannique (n = 620 ^a)	Alberta (n = 540 ^a)	Saskatchewan (n = 195 ^a)	Manitoba (n = 237 ^a)	Ontario (n = 1 310 ^a)	Québec (n = 907 ^a)	Nouveau- Brunswick (n = 162 ^a)	Nouvelle- Écosse (n = 172 ^a)	Île-du-Prince- Édouard (n = 92 ^a)	Terre-Neuve-et- Labrador (n = 160 ^a)
Revenu											
Faible	24,1 (21,0 à 27,6)	27,8 (19,9 à 37,4)	25,4 (17,7 à 35,0)	31,4 (18,5 à 47,9)	20,7 (11,6 à 34,3)	23,7 (18,3 à 30,1)	24,0 (18,5 à 30,5)	18,5 (9,6 à 32,8)	14,8 (8,0 à 25,6)	—	—
Moyen	27,4 (24,3 à 30,6)	29,9 (22,4 à 38,7)	27,4 (19,5 à 37,0)	39,7 (25,1 à 56,4)	16,3 (8,8 à 28,1)	28,7 (23,0 à 35,1)	23,4 (18,6 à 29,0)	31,4 (17,1 à 50,5)	30,4 (20,3 à 42,7)	—	—
Élevé	28,0 (24,8 à 31,5)*	19,2 (13,5 à 26,6)	30,0 (24,1 à 36,8)	37,5 (24,8 à 52,2)	40,8 (26,3 à 57,1)	29,2 (23,4 à 35,9)	23,8 (18,6 à 29,9)	22,6 (12,8 à 36,8)	35,9 (20,7 à 54,6)*	—	—
Emploi											
Non	26,0 (23,9 à 28,3)	25,2 (20,4 à 30,6)	30,5 (25,2 à 36,3)	37,5 (28,2 à 47,8)	24,3 (16,6 à 34,1)	26,0 (22,0 à 30,4)	22,7 (19,1 à 26,8)	25,6 (18,0 à 35,0)	23,7 (17,0 à 32,1)	27,4 (18,8 à 38,5)	24,4 (16,9 à 33,9)
Oui	27,6 (24,2 à 31,4)	27,2 (18,1 à 38,8)	21,1 (15,1 à 28,8)*	30,9 (16,5 à 50,2)	27,0 (15,0 à 43,5)	30,8 (24,5 à 37,8)	26,2 (20,2 à 33,2)	23,0 (7,0 à 54,2)	25,9 (13,0 à 45,0)	22,6 (10,2 à 43,0)	38,4 (13,8 à 70,8)
Trouble de l'humeur											
Non	26,3 (24,4 à 28,3)	24,9 (20,4 à 30,1)	28,9 (24,4 à 33,9)	—	27,9 (19,9 à 37,7)	26,8 (23,3 à 30,6)	23,5 (20,3 à 27,1)	—	—	—	—
Oui	30,0 (23,3 à 37,6)	32,8 (15,6 à 56,4)	18,0 (9,2 à 32,1)	—	17,3 (8,6 à 31,9)	35,7 (24,1 à 49,2)	31,9 (14,6 à 56,2)	—	—	—	—
Trouble d'anxiété											
Non	26,2 (24,2 à 28,2)	25,8 (21,2 à 31,1)	27,8 (23,3 à 32,8)	37,3 (28,4 à 47,0)	25,0 (17,9 à 33,7)	26,8 (23,5 à 30,7)	23,6 (20,4 à 27,3)	18,4 (12,4 à 26,4)	23,3 (16,7 à 31,5)	—	—
Oui	30,0 (23,9 à 36,9)	23,7 (11,3 à 42,9)	28,9 (17,6 à 43,6)	31,5 (12,1 à 60,7)	30,0 (13,2 à 54,6)	32,2 (21,3 à 45,5)	25,6 (14,7 à 40,75)	60,9 (33,8 à 82,5)*	29,9 (13,6 à 53,5)	—	—
Tabagisme											
Non	25,7 (23,9 à 27,7)	25,7 (21,1 à 30,9)	27,5 (23,1 à 32,3)	—	25,4 (18,3 à 34,0)	26,2 (22,8 à 29,9)	22,4 (19,3 à 26,0)	—	—	—	—
Oui	39,9 (31,0 à 49,5)*	26,5 (10,6 à 52,3)	38,5 (21,1 à 59,4)	—	21,0 (7,3 à 47,1)	47,8 (30,3 à 65,9)*	39,2 (26,0 à 54,1)*	—	—	—	—
Consommation excessive d'alcool											
Non	23,7 (21,6 à 25,9)	20,6 (16,1 à 25,9)	28,0 (22,8 à 33,7)	33,4 (24,6 à 43,5)	19,6 (13,1 à 28,3)	24,5 (20,7 à 28,7)	20,2 (16,3 à 24,7)	20,0 (13,4 à 28,8)	25,5 (18,5 à 34,1)	25,2 (16,8 à 36,0)	25,1 (17,3 à 34,9)
Oui	34,1 (29,9 à 38,4)*	46,3 (34,1 à 58,9)*	28,2 (20,4 à 37,7)	49,7 (28,7 à 70,7)	43,5 (26,1 à 62,7)*	34,9 (26,7 à 44,2)*	27,8 (22,3 à 34,2)*	48,0 (24,3 à 72,7)*	19,4 (7,7 à 40,9)	26,3 (11,9 à 48,6)	39,8 (13,6 à 73,6)

Abréviation : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Remarque : « — » indique que les estimations ont été supprimées en raison du faible nombre de valeurs correspondantes.

^a Les données du Canada comprennent les répondants de 12 à 19 ans, mais les données de l'ESCC au niveau provincial ne comprennent que les 12 à 18 ans, car les données pour les personnes de 19 ans ont été supprimées en raison du faible nombre de valeurs. Nous fournissons le nombre de répondants âgés de 12 à 18 ans dans chaque province, qui est disponible publiquement.

* Probabilité de blessure significativement différente d'un point de vue statistique ($p < 0,05$).

TABLEAU 3
Prévalence des blessures intentionnelles et des CVM (%) chez les Canadiens de 12 à 19 ans^a, valeurs pondérées (prévalence et IC à 95 %), ESCC 2017

Canada (n = 5 366)	
Total	0,7 (0,5 à 1,0)
Âge (ans)	
12 et 13	0,19 (0,1 à 0,5)
14 à 16	0,5 (0,3 à 0,9)
17 à 19	1,3 (0,8 à 1,9)*
Sexe	
Masculin	0,8 (0,5 à 1,3)
Féminin	0,6 (0,4 à 1,0)
Revenu	
Faible	—
Moyen	—
Élevé	—
Emploi	
Non	0,4 (0,3 à 0,6)
Oui	1,5 (0,94 à 2,5)*
Trouble de l'humeur	
Non	0,6 (0,4 à 0,9)
Oui	3,0 (1,5 à 5,8)*
Trouble d'anxiété	
Non	0,6 (0,4 à 0,9)
Oui	1,6 (0,9 à 2,9)*
Tabagisme	
Non	0,6 (0,4 à 0,8)
Oui	3,2 (1,4 à 7,3)*
Consommation excessive d'alcool	
Non	0,5 (0,4 à 0,8)
Oui	1,3 (0,7 à 2,3)*

Abréviations : CVM, collisions de véhicules à moteur; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Remarque : « — » indique que les estimations ont été supprimées en raison du faible nombre de valeurs correspondantes.

^a Les données du Canada comprennent les répondants de 12 à 19 ans, mais les données de l'ESCC au niveau provincial ne comprennent que les 12 à 18 ans, car les données pour les personnes de 19 ans ont été supprimées en raison du faible nombre de valeurs. Nous fournissons le nombre de répondants âgés de 12 à 18 ans dans chaque province, qui est disponible publiquement.

* Probabilité de blessure significativement différente d'un point de vue statistique ($p < 0,05$).

que ceux obtenus à partir des données d'hospitalisation (BDPC, selon les codes ICD-10)²². Cette divergence était attendue dans la mesure où nos taux incluent les blessures qui n'ont pas exigé de consultation médicale (ou qui n'ont pas été traitées pour d'autres raisons, comme la négligence ou le manque d'accès).

Des recherches antérieures ont déjà révélé que les blessures touchent davantage les adolescents en Saskatchewan que dans les autres provinces : la Saskatchewan a le taux le plus élevé d'hospitalisation d'enfants et d'adolescents pour des blessures^{23,24}. Des interventions ciblées s'imposent dans cette province. Malheureusement, notre étude a révélé peu d'associations significatives entre les taux de blessures et les principaux corrélats chez les adolescents de la Saskatchewan, en raison de la petite taille de l'échantillon, ce qui signifie que des recherches futures sont nécessaires pour déterminer quels sous-groupes de population tireraient profit d'interventions ciblées.

Faisant écho à des recherches antérieures sur les adolescents canadiens^{7,9}, cette étude a révélé que la consommation de substances est corrélée à la prévalence des blessures. Nos recherches actualisent et corroborent notamment les recherches de Mo et ses collaborateurs⁷, fondées sur l'ESCC 2000-2001, qui ont révélé des corrélations significatives similaires entre le revenu du ménage, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et le sexe, d'une part, et la prévalence des blessures, d'autre part.

Parmi les autres résultats, l'activité professionnelle a rarement été associée de manière significative à la prévalence des blessures, ce qui est surprenant si l'on tient compte du fait que des recherches antérieures ont montré que la plupart des adolescents canadiens se blessent soit au travail, soit au cours d'activités sportives et de loisirs⁷. La prévalence des blessures intentionnelles et des CVM était plus élevée chez les adolescents qui travaillaient (analyse groupée). Cependant, en Alberta, nous avons constaté une prévalence significativement plus faible de l'ensemble des blessures et des blessures non intentionnelles chez les adolescents ayant un emploi.

La rareté des associations significatives est surprenante, étant donné que des recherches antérieures ont montré une importante

variabilité des blessures en fonction du sexe, de l'âge, du statut socioéconomique^{8,9}, de l'activité professionnelle²⁵ et de l'état de santé mentale¹⁰. Cependant, de nombreuses études antérieures se sont appuyées sur des dossiers médicaux administratifs plutôt que sur des déclarations volontaires, ce qui pourrait indiquer que le sexe, l'âge et le statut socio-économique sont plus fortement liés à des blessures suffisamment graves pour justifier des soins hospitaliers plutôt qu'au taux global de blessures. Dans l'ensemble, d'après les résultats de cette étude, les interventions de prévention des blessures visant la consommation excessive occasionnelle d'alcool sont susceptibles d'être efficaces pour réduire le fardeau des blessures chez les adolescents¹¹.

L'inconstance générale des associations entre les covariables et la prévalence des blessures dans les provinces – sauf pour la consommation excessive d'alcool – montre que le contexte est important. Selon nos résultats, toute tentative de prévention des blessures devrait être adaptée à la province dans laquelle elle sera mise en œuvre, car il existe peu de corrélats communs entre les provinces.

Les recherches futures devraient étudier les répercussions des contextes provinciaux (ou plus précis) sur les taux de blessures. Une première étape importante serait de procéder à une évaluation comparative des programmes et politiques provinciaux visant à limiter les méfaits de la consommation excessive d'alcool chez les adolescents. On sait que les programmes de prévention des blessures réduisent les taux de blessures au Canada^{26,27}, mais la disparité de ces programmes contribue à la variation des taux de blessures²⁸. Les répercussions à long terme sur la morbidité et la qualité de vie sont un autre axe de recherche prometteur en ce qui concerne les blessures chez les adolescents, car ces recherches pourraient confirmer la nécessité d'investir dans la prévention des blessures¹⁸. On sait que des interventions de prévention des blessures permettent à la fois d'alléger le fardeau des blessures et de réaliser des économies nettes (c.-à-d. en évitant les hospitalisations ou la perte de productivité), mais davantage de données sont nécessaires pour étayer les avantages économiques de la prévention des blessures^{5,29,30}.

Points forts et limites

Notre étude s'appuie sur un ensemble de données riche et représentatif. Au moyen

de données autodéclarées représentatives de la population adolescente (12 à 19 ans) du sud du Canada, nous avons mis en lumière la « face cachée » des blessures chez les adolescents, invisible dans les ensembles de données administratives. L'ensemble de données nous a également permis d'analyser la prévalence des blessures en fonction de 10 variables socio-économiques, de la santé mentale et de la consommation de substances, qui sont aussi principalement absentes des ensembles de données administratives.

Toutefois, notre ensemble de données présentait certaines limites. Plus particulièrement, la petite taille des échantillons dans certaines provinces nous a empêchés d'examiner certains corrélats connus de la prévalence des blessures – comme le fait d'être un Autochtone^{31,32} – et est peut-être responsable du fait que certaines associations manquent de puissance. Tout comme les petites tailles des échantillons dans les provinces n'ont pas permis des estimations fiables, les grandes tailles des échantillons en Ontario et au Québec peuvent avoir donné lieu à des corrélations statistiquement significatives qui ont peu d'importance pratique.

L'ESCC, en raison de sa nature transversale, ne permet pas l'établissement de conclusions quant à la causalité. Bien que l'exclusion des résidents des territoires de nos analyses soit regrettable, des recherches antérieures utilisant des données autodéclarées n'ont révélé aucune différence significative entre les taux de blessures globaux des provinces canadiennes et des territoires, même si les taux de certains types de blessures diffèrent³³. La population cible de l'ESCC couvre environ 98 % des Canadiens de 12 ans et plus¹⁹, mais l'exclusion des populations autochtones vivant dans les réserves et des militaires est regrettable, car des recherches antérieures montrent que ces populations présentent un risque de blessure plus élevé que la population générale^{31,34,35}.

En outre, cette étude ne tient pas compte des blessures mortelles. Comme les décès dépassent le cadre de notre question de recherche, nous considérons cela comme une omission plutôt que comme une limitation. Toutefois, il est important de reconnaître que de nombreux Canadiens qui meurent jeunes meurent à cause d'une blessure. Les blessures non intentionnelles sont la principale cause de décès

chez les Canadiens de 10 à 19 ans. Les blessures intentionnelles sont également responsables d'une forte proportion de décès : le suicide est la troisième cause de décès chez les 10 à 14 ans et la deuxième chez les 15 à 19 ans, et l'homicide respectivement la dixième et la cinquième³⁶.

Conclusion

Cette étude s'ajoute à l'ensemble des recherches déjà menées – souvent à l'aide de données relatives aux hospitalisations et aux décès – au sujet du fardeau des blessures chez les adolescents canadiens. En utilisant des données autodéclarées provenant d'un ensemble de données représentatif, l'étude met en lumière la « face cachée » des blessures chez les adolescents. Un peu moins d'un tiers des Canadiens de 12 à 19 ans vivant dans les 10 provinces avaient subi une blessure suffisamment grave pour limiter leurs activités normales ou nécessiter des soins médicaux au cours de l'année précédant l'enquête, la plupart de ces blessures étant non intentionnelles. Les politiques et les programmes visant à réduire la consommation excessive d'alcool chez les adolescents canadiens sont susceptibles de faire baisser les taux de blessures.

Remerciements

Ce projet a été soutenu par une subvention de fonctionnement des Instituts de recherche en santé du Canada.

Grâce à l'accès à l'Atlantic Research Data Centre, cette recherche a été bénéficié des fonds alloués au Réseau canadien des Centres de données de recherche provenant du Conseil de recherches en sciences humaines, des Instituts de recherche en santé du Canada, de la Fondation canadienne pour l'innovation et de Statistique Canada.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit à déclarer.

Contributions des auteurs et avis

MA a conçu l'étude avec l'aide de GE. L'analyse des données a été réalisée par NS avec l'aide de MA, AR et GI. La première version du manuscrit a été rédigée par KM et tous les auteurs ont revu les autres versions du manuscrit.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les

auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada. Bien que la recherche et l'analyse soient fondées sur les données de Statistique Canada, les opinions exprimées ne sont pas nécessairement celles de Statistique Canada.

Références

1. Parachute. The cost of injury in Canada. Toronto (Ont.) : Parachute; 2015. En ligne à : <https://parachute.ca/wp-content/uploads/2019/06/Cost-of-Injury-2015.pdf>
2. Statistique Canada. Tableau 13-10-0394-01 : Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 27 janvier 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039401>
3. Davis RM, Pless B. BMJ bans “accidents.” *BMJ*. 2001;322(7298):1320-1321. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7298.1320>
4. Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The global burden of injuries. *Am J Public Health*. 2000;90(4):523-6. <https://doi.org/10.2105/ajph.90.4.523>
5. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J et al. (dir.). Rapport mondial sur la prévention des traumatismes de l'enfant. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé; 2008. En ligne à : https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/fr/
6. Yanchar NL, Warda LJ, Fuselli P, Société canadienne de pédiatrie. La prévention des blessures chez les enfants et les adolescents : une démarche de santé publique [Internet]. 2012 [reconduit le 1^{er} janvier 2020; consultation en février 2021]. En ligne à : <https://cps.ca/fr/documents/position/prevention-des-blessures-chez-les-enfants-et-les-adolescents>
7. Mo F, Turner MC, Krewski D, Merrick J. Adolescent injuries in Canada: findings from the Canadian Community Health Survey, 2000-2001. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2006;13(4):235-244. <https://doi.org/10.1080/17457300600935122>

8. Oliver LN, Kohen DE. Incidence du quartier sur les taux d'hospitalisation des enfants et des adolescents pour blessure non intentionnelle. *Rapports sur la santé*. 2010;21(4):9-17.
9. Davison C, Russell K, Piedt S, Pike I, Pickett W, Équipes stratégiques des IRSC en recherche appliquée sur les blessures. *Blessures chez les jeunes Canadiens : une étude nationale sur les déterminants contextuels*; 2013.
10. Asbridge M, Azagba S, Langille DB, Rasic D. Elevated depressive symptoms and adolescent injury: examining associations by injury frequency, injury type, and gender. *BMC Public Health*. 2014;14:190. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-190>
11. Elder RW, Shults RA, Swahn MH, Strife BJ, Ryan GW. Alcohol-related emergency department visits among people ages 13 to 25 years. *J Stud Alcohol*. 2004;65(3):297-300. <https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.297>
12. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2020 [consultation en février 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/systeme-canadien-hospitalier-information-recherche-prevention-traumatismes.html>
13. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Métadonnées du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2021 [consultation en février 2021]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-du-systeme-national-dinformation-sur-les-soins-ambulatoires-snisa>
14. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Métadonnées de la Base de données sur les congés des patients (BDPC)* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2021 [consultation en février 2021]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-la-base-de-donnees-sur-les-conges-des-patients-bdpc>
15. Johnson D, Skinner R, Cappelli M et collab. Self-inflicted injury—Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program (CHIRPP-SI): a new surveillance tool for detecting self-inflicted injury events in emergency departments. *Can J Public Health*. 2019;110(2):244-252. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0139-1>
16. Sahai VS, Ward MS, Zmijowskyj T, Rowe BH. Quantifying the iceberg effect for injury: using comprehensive community health data. *Can J Public Health*. 2005;96(5):328-332. <https://doi.org/10.1007/BF03404025>
17. Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O (sous la dir. de). *Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2001.
18. Ilie G, Adlaf EM, Mann RE et collab. Associations between self-reported lifetime history of traumatic brain injuries and current disability assessment in a population sample of Canadian adults. *PLoS Ont.E*. 2018; 13(1):e0188908. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188908>
19. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : fichier de microdonnées à grande diffusion*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018.
20. Statistique Canada. *Tableau 17-10-0134-01: Estimations de la population (Recensement de 2016 et données administratives), selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2018) et groupes de régions homologues* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation en février 2021]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710013401&request_locale=fr
21. StataCorp. *Stata statistical software: release 15*. College Station (TX): StataCorp LLC; 2017.
22. Yao X, Skinner R, McFall S, Thompson W. Hospitalisations pour blessure au Canada en 2018–2019. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2020;40(9): 311-318. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.9.03f>
23. Fridman L, Fraser-Thomas J, Pike I, Macpherson AK. An interprovincial comparison of unintentional childhood injury rates in Canada for the period 2006–2012. *Can J Public Health*. 2018;109(4):573-580. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0112-z>
24. Saskatchewan Prevention Institute (SPI). *Child and youth injury in Saskatchewan 2004-2013*. Saskatoon (SK): SPI; 2017.
25. Lipskie T, Breslin FC. Analyse descriptive des jeunes Canadiens traités dans des services d'urgence pour des accidents de travail. *Maladies chroniques au Canada*. 2005;26(4):117-124.
26. Pan SY, Desmeules M, Morrison H et collab. Adolescent injury deaths and hospitalization in Canada: magnitude and temporal trends (1979-2003). *J Adolesc Health*. 2007;41(1):84-92. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.02.011>
27. Richmond SA, D'Cruz J, Lokku A, Macpherson A, Howard A, Macarthur C. Trends in unintentional injury mortality in Canadian children 1950-2009 and association with selected population-level interventions. *Can J Public Health*. 2016;107(4-5):e431-e437. <https://doi.org/10.17269/cjph.107.5315>
28. Fridman L, Fraser-Thomas JL, Pike I, Macpherson AK. *Canadian Child Safety Report Card: a comparison of injury prevention practices across provinces*. *Inj Prev*. 2019;25(4):252-257. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2018-042745>
29. Gyllensvärd H. Cost-effectiveness of injury prevention - a systematic review of municipality based interventions. *Cost Eff Resour Alloc*. 2010;8(17). <https://doi.org/10.1186/1478-7547-8-17>

-
30. Miller TR, Finkelstein AE, Zaloshnja E, Hendrie D. The cost of child and adolescent injuries and the savings from prevention. Dans : Liller K, editor. Injury prevention for children and adolescents. 2nd ed. Washington (DC): American Public Health Association; 2012. p. 21-81.
 31. George MA, Jin A, Brussoni M, Lalonde CE, McCormick R. Injury risk in British Columbia, Canada, 1986 to 2009: are Aboriginal children and youth over-represented? *Inj Epidemiol.* 2015;2:7. <https://doi.org/10.1186/s40621-015-0039-2>
 32. Banerji A, Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. La prévention des blessures non intentionnelles chez les enfants et adolescents autochtones au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Société Canadienne de pédiatrie; 2012 [reconduit le 1^{er} janvier 2020; consultation en février 2021]. En ligne à : <https://cps.ca/fr/documents/position/prevention-blessures-non-intentionnelles-enfants-adolescents-autochtones>
 33. Byrnes J, King N, Hawe P, Peters P, Pickett W, Davison C. Patterns of youth injury: a comparison across the northern territories and other parts of Canada. *Int J Circumpolar Health.* 2015;74(1). <https://doi.org/10.3402/ijch.v74.27864>
 34. Lamberty GJ, Nelson NW, Yamada T. Effects and outcomes in civilian and military traumatic brain injury: similarities, differences, and forensic implications. *Behav Sci Law.* 2013; 31(6):814-832. <https://doi.org/10.1002/bsl.2091>
 35. Fantus D, Shah BR, Qiu F, Hux J, Rochon P. Injury in First Nations communities in Ontario. *Can J Public Health.* 2009;100(4):258-262. <https://doi.org/10.1007/BF03403943>
 36. Yao X, Skinner R, McFaul S, Thompson W. Décès attribuables à des blessures au Canada en 2015. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada 2019*;39(6-7): 248-254. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.39.6/7.03f>