

RÉSUMÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE AMÉLIORÉ

Blessures chez les enfants d'après l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes

2^e édition : Avril 2024

Faits saillants

- D'après l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) de 2019, des trois types de blessures mentionnées dans ce résumé, les traumatismes crâniens ou les commotions cérébrales (commotions) présentaient le plus fort pourcentage pondéré de prévalence (4,4 %) pour les enfants de 1 à 17 ans en Ontario.
- Les estimations fondées sur le sexe attribué à la naissance laissent entendre que la prévalence de tous les types de blessures est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
- Bien qu'on estime que les traumatismes crâniens ou les commotions accusent le taux de prévalence global estimé le plus élevé des trois types de blessures, ils présentent aussi le taux de prévalence le moins élevé de consultations d'un professionnel de la santé en raison des blessures.

Introduction

Ce résumé fournit un aperçu des indicateurs de prévention des blessures selon l'ECSEJ de 2019. Il indique le taux de prévalence des blessures (traumatisme crânien ou commotion cérébrale, fracture ou fêlure, coupure ou perforation), ainsi que leur lien avec les caractéristiques sociodémographiques. Les estimations du taux de prévalence sont aussi présentées par bureau de santé publique, région géographique et groupe homologue de Statistique Canada. Pour en savoir davantage sur les données et les caractéristiques démographiques de l'ECSEJ, veuillez consulter [le rapport technique de l'ECSEJ](#).

Les coûts financiers et humains des blessures sont élevés au Canada. En 2018, les coûts directs et indirects associés aux blessures s'élevaient à 29,4 milliards de dollars¹. Les enfants et les jeunes sont particulièrement vulnérables aux blessures en raison de leur petite taille et de leurs corps en développement². En fait, les blessures représentent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants et les jeunes au Canada³. On observe notamment que les blessures évitables se classent en tête des dix principales menaces pour la santé et le bien-être des enfants au Canada selon une publication récente du rapport *Élever le Canada*⁴. Les blessures les plus fréquentes chez les enfants de 0 à 14 ans incluent les chutes, les blessures sportives et les blessures liées aux transports, respectivement. Les blessures ne sont pas vécues de manière équitable par les enfants et les jeunes en Ontario et cela est en grande partie attribuable à leurs facteurs socio-économiques et à leurs milieux de vie. Ces facteurs imposent des obstacles supplémentaires en matière de prévention des blessures chez

les enfants ainsi que d'obtention des soins médicaux adéquats de ces blessures. Il est impératif de tenir compte des facteurs socio-économiques sous-jacents qui influencent la distribution inéquitable des blessures afin de réduire les blessures et de favoriser des résultats équitables pour tous les enfants⁵.

L'activité physique sous forme de participation sportive est bénéfique pour la santé physique et mentale d'un enfant; cependant, la documentation porte à croire que les sports constituent une cause fréquente de blessures chez les enfants⁶. Parmi tous les types de blessures liées aux sports, les commotions sont reconnues comme étant des blessures sérieuses chez les enfants et les jeunes canadiens étant donné le risque de conséquences graves à court et à long terme qu'elles entraînent⁷. En 2017-2018, on a rapporté qu'environ un Canadien âgé de 12 ans et plus sur 450 avait subi une commotion cérébrale liée à une activité sportive, qui était la cause la plus importante d'invalidité (définie comme une blessure suffisamment grave pour limiter les activités normales) au cours de l'année précédente (221/100 000 personnes; intervalle de confiance (IC) à 95 % : 179 à 264)⁸.

Au cours de la dernière décennie, l'Ontario a réalisé plusieurs progrès en matière de sensibilisation, de reconnaissance et de programmes de santé publique liés aux commotions. La *Loi Rowan* adoptée en 2018 a établi 21 mesures gouvernementales en ce qui a trait à la législation, la surveillance, la prévention, la détection, la prise en charge et la sensibilisation relativement aux commotions⁹. Cette loi a favorisé la révision de la politique existante du ministère de l'Éducation sur les commotions cérébrales, Politique/Programmes Note 158 (PPN 158), en plus d'inclure les commotions comme sujet d'intérêt dans les Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO)¹⁰. Plus précisément, les NSPO exigent que les conseils de santé élaborent et mettent en œuvre des curriculums liés à la santé et des programmes de santé publique prenant particulièrement en considération les commotions¹⁰. Malgré cela, les données sur les commotions sont insuffisantes en Ontario, en particulier les données portant sur les causes des commotions chez les enfants et les jeunes. Le présent rapport fait état du taux de prévalence des blessures chez les enfants et les jeunes en Ontario.

Pour en savoir plus sur les sources de données, les définitions des indicateurs et les catégories utilisées dans le présent résumé, veuillez consulter les Notes techniques qui figurent à la fin du document.

Données fondées sur la race et l'identité autochtone

L'ECSEJ utilise les termes sociodémographiques suivants pour décrire ses variables : « groupe de population », « minorité visible » et « identité autochtone ». Pour rester en phase avec la terminologie propre à l'équité en santé privilégiée par les communautés touchées et réduire les préjudices involontaires susceptibles de se glisser dans l'analyse et l'utilisation des résultats de l'ECSEJ, nous avons lorsque c'était possible remplacé la terminologie de l'ECSEJ par les termes suivants dans le présent résumé : « race et origine ethnique », « groupes racialisés » et « Autochtones », et pour saisir la diversité des peuples autochtones au Canada, nous avons utilisé « membres des communautés métisses, inuites et des Premières Nations ».

La « race » est une construction sociale sans fondement biologique qui a été créée pour classer les gens dans différents groupes d'après certains traits visuels de manière à créer et à maintenir des différences de pouvoir au sein de la société¹¹. L'« origine ethnique » fait référence aux caractéristiques apprises ou adoptées par les communautés, telles que la langue, les pratiques et les croyances^{11,12}. Il convient de noter que la catégorisation des personnes en tant qu'Autochtones, Noirs et autres catégories raciales a été utilisée par le passé et l'est encore aujourd'hui pour marquer certains groupes d'exclusion, de discrimination et d'oppression. Par conséquent, le racisme, la catégorisation et la discrimination raciales continuent de façonner la vie et les possibilités des gens catégorisés comme des « personnes

racialisées »¹³. Pour plus d'information sur la terminologie sociodémographique, veuillez vous rapporter aux notes techniques et au rapport technique.

Les données fondées sur la race et l'identité autochtone sont essentielles pour cerner et surveiller les inégalités en matière de santé qui découlent du racisme, des préjugés et de la discrimination¹⁴ et pour éclairer la conception de programmes et de services visant à favoriser la santé et le bien-être des populations racialisées et des Autochtones.

Santé publique Ontario (SPO) inclut des données et des analyses sur les Autochtones afin d'améliorer la compréhension et de soutenir des mesures visant à améliorer la santé des Autochtones. SPO reconnaît l'importance de la souveraineté des données autochtones, ainsi que des principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations (PCAP) et des principes de propriété, de contrôle, d'accès et d'intendance (PCAI) des Métis. Nous poursuivons nos efforts visant à créer des processus et des relations permettant d'analyser les données autochtones et d'en faire rapport de manière respectueuse et effective.

Résultats

- Des trois types de blessures, les traumatismes crâniens ou les commotions affichaient la prévalence la plus élevée, soit 4,4 % (IC à 95 % : 4,0 à 4,8). Suivaient les fractures ou fêlures à 3,0 % (IC à 95 % : 2,7 à 3,4) et les coupures ou perforations à 2,4 % (IC à 95 % : 2,1 à 2,7) (Tableau 1, Figure 1).
- Même si on estime que les traumatismes crâniens ou les commotions ont la prévalence globale la plus élevée pour les trois types de blessures, celles-ci avaient la prévalence la moins élevée en ce qui a trait à la consultation d'un professionnel de la santé en raison des blessures, soit 76,0 % (IC à 95 % : 72,4 à 79,6) (Tableau 1, Figure 2). Les estimations portent à croire que les fractures ou fêlures représentaient la proportion la plus élevée de consultations auprès d'un professionnel de la santé, soit 97,9 % (IC à 95 % : 96,7 à 99,1), suivis des coupures ou des perforations graves à 81,4 % (IC à 95 % : 76,6 à 86,2).
- En ce qui concerne les traumatismes crâniens ou commotions, ainsi que les fractures ou fêlures, les activités les plus communément associées étaient les activités physiques ou sportives, autres que la bicyclette (Tableau 1). Les activités récréatives étaient le plus souvent associées aux coupures ou aux perforations, soit dans une proportion de 45,9 % (Tableau 1).

Tableau 1 : Pourcentages pondérés ou moyennes des variables *blessure* et *exposition potentielle* chez les enfants de 1 à 17 ans; Ontario, 2019

Indicateurs de préjudice	Pourcentage pondéré et/ou moyenne (IC à 95 %)
Blessure subie dans les 12 derniers mois	
Traumatisme crânien ou commotion	
Oui	4,4 (4,0-4,8)
Non	95,6 (95,2-96,0)
Fracture ou fêlure	
Oui	3,0 (2,7-3,3)
Non	97,0 (96,7-97,3)

Indicateurs de préjudice	Pourcentage pondéré et/ou moyenne (IC à 95 %)
Coupure ou perforation	
Oui	2,4 (2,1-2,7)
Non	97,6 (97,3-97,9)
Consultation d'un professionnel de la santé	
Traumatisme crânien ou commotion	
Oui	76,0 (72,4-79,6)
Non	24,0 (20,4-27,6)
Fracture ou fêlure	
Oui	97,9 (96,7-99,1)
Non	2,1 ^D (0,9-3,3)
Coupure ou perforation	
Oui	81,4 (76,6-86,2)
Non	18,6 (13,8-23,4)
Type d'activités ayant probablement causé la blessure	
Traumatisme crânien ou commotion	
Sport ou activité physique autre que la bicyclette	38,2 (33,9-42,6)
Activité récréative	34,2 (30,2-38,3)
Autre	27,5 (23,3-31,8)
Fracture ou fêlure	
Sport ou activité physique autre que la bicyclette	53,4 (48,2-58,6)
Activité récréative	27,3 (22,8-31,8)
Autre	19,3 (15,2-23,4)
Coupure ou perforation	
Sport ou activité physique autre que la bicyclette	14,4 (10,3-18,5)
Activité récréative	45,9 (40,3-51,5)
Autre	39,7 (33,9-45,5)

Figure 1 : Prévalence de blessures chez les enfants de 1 à 17 ans; Ontario, 2019

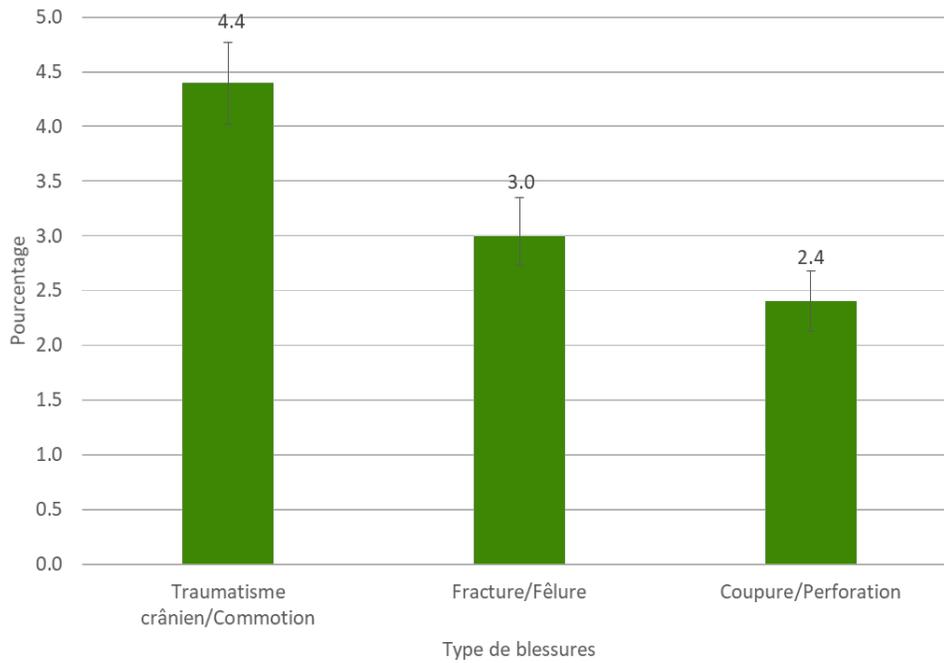
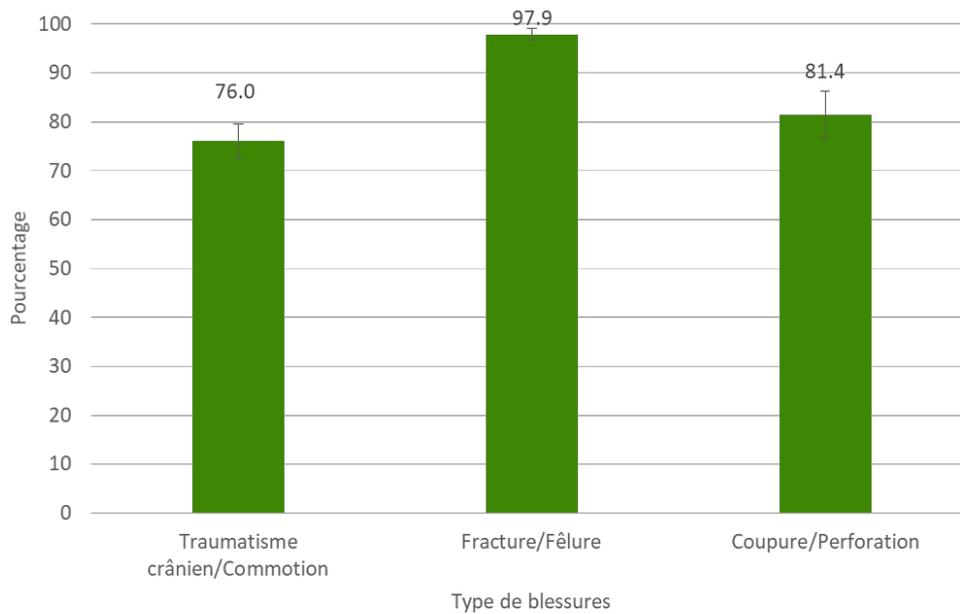


Figure 2 : Proportion d'enfants blessés âgés de 1 à 17 ans ayant consulté un professionnel de la santé en raison d'une blessure; Ontario, 2019



Variabes sociodémographiques

ÂGE ET SEXE ATTRIBUÉ À LA NAISSANCE

- Quand on examine la prévalence des traumatismes crâniens et des commotions stratifiée en fonction de l'âge, nous observons une prévalence supérieure chez les enfants de 5 à 11 ans (4,9 %, IC à 95 % : 4,3 à 5,6) par rapport à celle des enfants de 1 à 4 ans (3,2 %, IC à 95 % : 2,5 à 3,8) et des enfants de 12 à 17 ans (4,6 %, IC à 95 % : 3,9 à 5,2) (Tableau 2, Figure 3).
- En ce qui concerne les fractures et les fêlures, les enfants de 12 à 17 ans affichaient une prévalence supérieure à celle des autres groupes d'âge. Dans le cas de coupures et des perforations, ce sont les enfants de 1 à 4 ans qui présentaient la prévalence la plus élevée.
- En fonction du sexe attribué à la naissance, les estimations indiquent que les garçons présentent une prévalence significativement plus élevée pour tous les types de blessures par comparaison aux filles (Tableau 2, Figure 4).

Tableau 2 : Prévalence de blessures chez les enfants de 1 à 17 ans selon le groupe d'âge et le sexe à la naissance; Ontario, 2019

Données sociodémographiques	Traumatisme crânien ou commotion* % (IC à 95 %)	Fracture ou fêlure† % (IC à 95 %)	Coupure ou perforation* % (IC à 95 %)
Groupe d'âge (années)			
1-4	3,2 (2,5 – 3,8)	1,3 ^C (0,9 – 1,8)	3,3 (2,7 – 3,9)
5-11	4,9 (4,3 – 5,6)	3,1 (2,6 – 3,5)	2,4 (2,0 – 2,9)
12-17	4,6 (3,9 – 5,2)	4,1 (3,5 – 4,7)	1,8 (1,4 – 2,2)
Sexe à la naissance			
Masculin	5,1 (4,5 – 6,5)	3,2 (2,7 – 3,6)	3,0 (2,6 – 3,5)
Féminin	3,7 (3,2 – 4,2)	2,9 (2,5 – 3,3)	1,7 (1,4 – 2,1)

C – Cette estimation devrait être interprétée avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage.

*Indique une différence significative entre les groupes d'âge et les sexes attribués à la naissance (test du khi-carré de Rao-Scott, $p < 0,05$)

†Indique une différence significative entre les groupes d'âge (test du khi-carré de Rao-Scott, $p < 0,05$).

Figure 3 : Prévalence de blessures chez les enfants de 1 à 17 ans, selon le groupe d'âge; Ontario, 2019

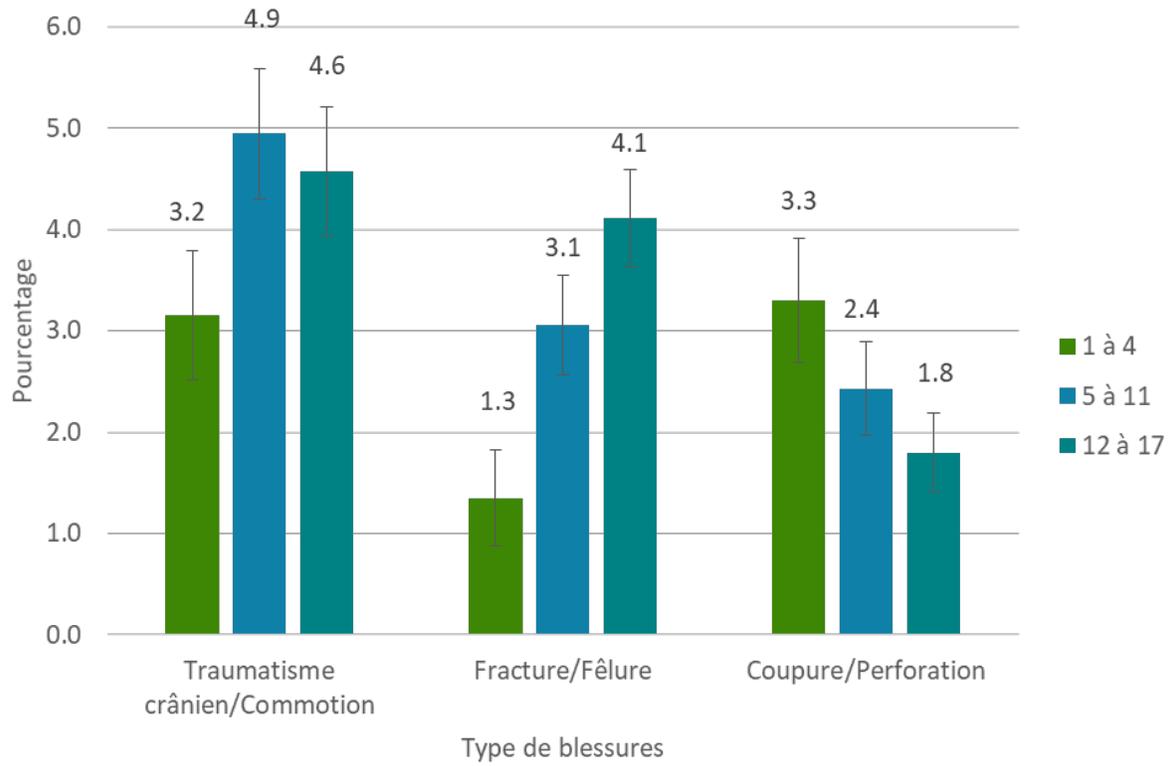
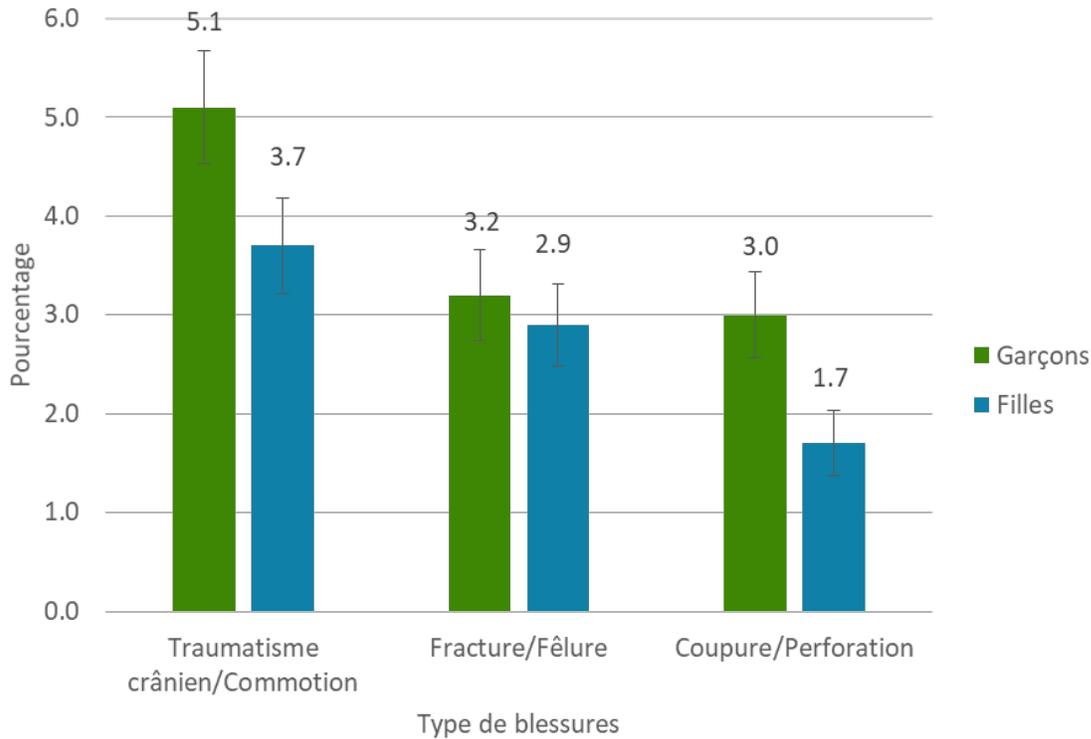


Figure 4 : Prévalence de blessures chez les enfants de 1 à 17 ans selon le sexe à la naissance; Ontario, 2019



NIVEAU D'INSTRUCTION LE PLUS ÉLEVÉ DES MEMBRES DU MÉNAGE

- Il y avait une différence notable en matière de prévalence de traumatismes crâniens et de commotions entre les différents niveaux d'instructions (Tableau 3). Aucune différence significative n'a été constatée à cet égard en ce qui concerne les fractures ou fêlures et les coupures ou perforations.

Tableau 3: Prévalence de blessures chez les enfants de 1 à 17 ans selon le niveau d'instruction le plus élevé des membres du ménage; Ontario, 2019

Niveau d'instruction le plus élevé du ménage	Traumatisme crânien ou commotion* % (IC à 95 %)	Fracture ou fêlure % (IC à 95 %)	Coupure ou perforation % (IC à 95 %)
École secondaire ou moins	4,1 (3,0-5,0)	3,7 (2,7-4,7)	2,7 ^c (1,9-3,5)
Collège/Métier	5,2 (4,5-5,9)	3,0 (2,6-3,5)	2,3 (1,8-2,7)
Université ou plus	4,0 (3,5-4,5)	2,9 (2,5-3,3)	2,4 (2,1-2,8)

C – Cette estimation devrait être interprétée avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage.

*Indique une différence significative entre les niveaux d'instruction les plus élevés (test du khi-carré de Rao-Scott, $p < 0,05$)

REVENU DU MÉNAGE ET SEUIL DE FAIBLE REVENU (SFR)

- Il y avait une différence significative en ce qui a trait à la prévalence des coupures et perforations entre les différents niveaux de revenu; cependant, les estimations doivent être interprétées avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage.
- On a également constaté une prévalence notablement plus élevée de traumatismes crâniens et de commotions chez les enfants vivant dans des ménages à revenu élevé par comparaison aux enfants des ménages à faible revenu (4,6 %, IC à 95 % : 4,2 à 5,1 c. 3,6 %, IC à 95 % : 2,7 à 4,4; p = 0,03) (Tableau 4).

Tableau 4 : Prévalence de blessures chez les enfants de 1 à 17 ans selon le revenu du ménage, le quintile de revenu et le seuil de faible revenu; Ontario, 2019

Revenu du ménage	Traumatisme crânien et commotion† % (IC à 95 %)	Fracture ou fêlure % (IC à 95 %)	Coupe ou perforation* % (IC à 95 %)
< 24 999 \$	3,7 ^c (2,3-5,1)	3,2 ^c (1,9-4,4)	2,4 ^c (1,5-3,4)
25 000 \$ à 49,999 \$	3,9 (2,9-4,9)	2,9 (2,1-3,7)	2,5 (1,8-3,2)
50 000 \$ à 74 999 \$	4,0 (3,0-4,9)	3,3 (2,5-4,2)	1,7 ^c (1,1-2,2)
75 000 \$ à 99 999 \$	4,4 (3,4-5,4)	3,1 (2,4-3,8)	2,7 (1,9-3,4)
100 000 \$ à 149 999 \$	4,3 (3,5-5,0)	2,4 (1,9-3,0)	1,7 (1,9-3,4)
150 000 \$ à 199 999 \$	5,5 (4,4-6,7)	3,6 (2,7-4,4)	3,6 (2,6-4,5)
200 000 \$ et plus	5,0 (3,9-6,2)	3,2 (2,2-4,0)	2,9 ^c (1,9-3,8)
Quintile de revenu			
Q1	3,7 (2,9-4,6)	3,1 (2,3-3,8)	2,4 (1,8-2,9)
Q2	4,0 (3,2-4,8)	3,2 (2,5-4,0)	1,9 (1,3-2,4)
Q3	4,5 (3,7-5,3)	2,7 (2,1-3,2)	2,1 (1,6-2,7)
Q4	4,9 (4,0-5,8)	2,7 (2,0-3,4)	2,2 (1,7-2,8)
Q5	5,0 (4,1-5,9)	3,6 (2,9-4,3)	3,5 (2,7-4,3)
Seuil de faible revenu (SFR)			
Revenu élevé	4,6 (4,2-5,1)	3,1 (2,8-3,4)	2,4 (2,1-2,8)
Faible revenu	3,6 (2,7-4,4)	2,8 (2,1-3,6)	2,3 (1,7-2,8)

C – Cette estimation devrait être interprétée avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage.

*Indique une différence significative entre les revenus et les quintiles de revenu (test du khi-carré de Rao-Scott, p < 0,05)

†Indique une différence significative pour le SFR (test du khi-carré de Rao-Scott, p < 0,05)

RACE ET ORIGINE ETHNIQUE

- Les estimations de la prévalence des blessures selon la race et l'origine ethnique doivent être interprétées avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage en raison des nombres peu élevés de cas (Tableau 5, Figure 6).
- Les enfants blancs/non racialisés présentaient la plus forte prévalence de traumatismes crâniens ou commotions et de coupures ou perforations par rapport aux autres groupes.
- Les estimations pour les personnes issues d'Amérique Latine n'ont pas pu être divulguées en raison de la directive de Statistique Canada de ne pas divulguer d'estimations de qualité inacceptable.

Tableau 5 : Prévalence des blessures chez les enfants de 1 à 17 ans selon la race et l'origine ethnique; Ontario, 2019

Race et origine ethnique – Enfant	Traumatisme crânien et commotion*	Fracture ou fêlure	Coupure ou perforation
	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)
Blanche/Non racialisée	5,3 (4,8 – 5,8)	3,3 (2,9 – 3,7)	2,9 (2,5 – 3,2)
Noire	4,0 ^C (2,5 – 5,6)	4,5 ^C (2,9 – 6,2)	2,1 ^D (1,1 – 3,2)
Asiatique de l'Est	2,7 ^C (1,6 – 3,8)	1,3 ^D (0,6 – 1,9)	2,1 ^D (0,9 – 3,2)
Asiatique du Sud-Est	3,1 (1,6 – 3,8)	NR	NR
Asiatique du Sud	2,3 ^C (1,4 – 3,1)	2,3 ^C (1,4 – 3,2)	1,1 ^C (0,6 – 1,6)
Latino-Américaine	NR	NR	NR
Asiatique de l'Ouest/Arabe	2,3 ^D (1,0 – 3,7)	4,2 ^D (1,8 – 6,6)	NR
Autre (ou multiple)	3,7 ^D (1,1 – 5,0)	2,3 ^D (1,0 – 3,7)	NR

C et D – Cette estimation doit être interprétée avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage.

*Indique une différence significative entre les races et les origines ethniques (test du khi-carré de Rao-Scott, $p < 0,05$).

E – Le groupe Blanc/Non racialisé exclut les personnes qui se déclarent Autochtones.

IDENTITÉ AUTOCHTONE

- Il n'y avait aucune différence significative dans la prévalence de tous les types de blessures (traumatisme crânien ou commotion cérébrale, fracture ou fêlure, coupure ou perforation) chez les enfants qui se déclaraient Autochtones par comparaison aux autres enfants (Tableau 6).

Tableau 6 : Prévalence des blessures chez les enfants de 1 à 17 ans selon l'identité autochtone; Ontario, 2019

Identité autochtone	Traumatisme crânien ou commotion % (IC à 95 %)	Fracture ou fêlure % (IC à 95 %)	Coupure ou perforation % (IC à 95 %)
Oui	5,0 ^C (3,1-6,9)	4,1 ^D (2,0-6,2)	3,2 ^D (1,6-4,7)
Non	4,4 (4,0-4,8)	3,0 (2,7-3,3)	2,4 (2,1-2,7)

C et D – Cette estimation doit être interprétée avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage.

STATUT D'IMMIGRANT – ENFANT

- Il y avait une différence significative dans la prévalence des traumatismes crâniens ou des commotions entre les enfants qui se déclaraient non-immigrants (4,7 %, IC à 95 % : 4,3 à 5,1) et ceux qui se déclaraient immigrants (1,9 %, IC à 95 % : 1,1 à 2,7; estimation interprétée avec prudence). Il n'y avait aucune différence à cet égard en ce qui a trait à la prévalence des fractures ou fêlures et des coupures ou perforations (Tableau 7).

Tableau 7 : Prévalence des blessures chez les enfants de 1 à 17 ans selon le statut d'immigration; Ontario, 2019

Statut d'immigration - Enfant	Traumatisme crânien ou commotion* % (IC à 95 %)	Fracture ou fêlure % (IC à 95 %)	Coupure ou perforation % (IC à 95 %)
Non-immigrant	4,7 (4,3-5,1)	3,0 (2,7-3,4)	2,5 (2,2-2,8)
Immigrant	1,9 ^C (1,1-2,7)	3,3 ^C (2,0-4,5)	1,6 ^C (0,9-2,3)
Résident non permanent	NR	NR	NR

C – Cette estimation doit être interprétée avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage.

NR – Cette estimation n'a pas pu être divulguée conformément à la directive de Statistique Canada de ne pas publier d'estimations de qualité inacceptable.

*Indique une différence significative entre les statuts d'immigration (test du khi-carré de Rao-Scott, $p < 0,05$).

Analyse géographique

GROUPE HOMOLOGUE

- Il y avait une différence significative dans la prévalence des traumatismes crâniens ou commotions ainsi que des coupures ou perforations entre les groupes homologues en Ontario (Tableau 8).

Tableau 8 : Pourcentage d'enfants blessés, par groupe homologue de Statistique Canada; Ontario, 2019

Groupe homologue	Traumatisme crânien et commotion* % (IC à 95 %)	Fracture ou fêlure % (IC à 95 %)	Coupure ou perforation* % (IC à 95 %)
B	5,2 (4,4-6,1)	3,0 (2,4-3,6)	2,6 (2,0-3,2)
C	5,1 (4,4-5,9)	3,4 (2,7-4,0)	2,6 (2,0-3,2)
D	5,0 (1,2-5,7)	3,3 (2,7-3,9)	3,2 (2,7-3,9)
G et H	3,1 (2,6-3,7)	2,8 (2,3-3,4)	1,8 (1,4-2,2)

*Indique une différence significative entre les groupes homologues (test du khi-carré de Rao-Scott, $p < 0,05$).

RÉGION GÉOGRAPHIQUE

- Il y avait une différence significative dans la prévalence des traumatismes crâniens ou commotions selon la région géographique en Ontario. Les enfants vivant dans la région sud-ouest de l'Ontario avaient la prévalence la plus élevée de blessures, par comparaison aux autres régions. Les enfants vivant à Toronto ont signalé la plus faible prévalence de traumatismes crâniens ou commotions (Tableau 9).

Tableau 9 : Pourcentage d'enfants blessés, selon la région géographique; Ontario, 2019

Région géographique	Traumatisme crânien ou commotion* % (IC à 95 %)	Fracture ou fêlure % (IC à 95 %)	Coupure ou perforation % (IC à 95 %)
Nord-Ouest	4,0 ^C (2,3-5,7)	2,5 ^C (1,4-3,8)	2,7 ^D (1,3-4,2)
Nord-Est	5,0 ^C (3,4-6,6)	2,8 ^C (1,7-4,0)	3,8 ^C (2,4-5,1)
Sud-Ouest	5,4 (4,2-6,6)	3,9 (3,0-4,9)	2,9 ^C (1,9-3,8)
Centre-Ouest	4,7 (3,8-5,6)	2,7 (2,0-3,3)	2,6 (1,9-3,4)
Toronto	2,9 (2,3-3,5)	2,7 (2,0-3,4)	2,1 (1,6-2,7)
Centre-Est	4,4 (3,6-5,1)	3,2 (2,6-3,8)	2,0 (1,5-2,4)
Est	5,1 (4,0-6,2)	3,0 (2,2-3,8)	2,7 (1,9-3,4)

C et D – Cette estimation doit être interprétée avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage.

*Indique une différence significative entre les régions géographiques (test du khi-carré de Rao-Scott, $p < 0,05$).

BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE

- Les estimations pour tous les types de blessures doivent être interprétées avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage. Les enfants vivant dans le comté de Lambton affichaient la plus forte prévalence de traumatismes crâniens ou commotions, suivis de près par les enfants vivant dans l'est de l'Ontario (Tableau 10).

Tableau 10 : Pourcentage d'enfants blessés, selon le bureau de santé publique (BSP); Ontario, 2019

Nom du BSP	Traumatisme crânien ou commotion % (IC à 95 %)	Fracture ou fêlure % (IC à 95 %)	Coupure ou perforation % (IC à 95 %)
Santé publique Algoma	NR	NR	4,7 ^D (1,8-7,5)
Bureau de santé du comté de Brant	5,6 ^D (1,6-2,5)	4,9 ^D (2,2-7,6)	NR
Bureau de santé de Durham	7,1 ^C (4,5-9,6)	3,8 ^C (1,9-5,6)	2,1 ^D (0,8-3,3)
Bureau de santé de Grey Bruce	5,2 ^C (1,3-7,7)	5,4 ^D (2,7-8,1)	2,8 ^D (1,0-4,6)
Bureau de santé d'Haldimand-Norfolk	NR	NR	NR
Bureau de santé du district d'Haliburton, Kawartha et Pine	5,6 ^C (3,2-8,0)	4,5 ^C (2,7-6,4)	1,9 ^D (0,6-3,2)
Bureau de santé de la région de Halton	4,0 ^C (2,7-5,2)	3,5 ^C (2,2-4,7)	2,8 ^C (1,6-4,1)
Services de santé publique de Hamilton	4,7 ^D (1,9-7,6)	NR	NR
Bureau de Hastings et Prince Edward	4,2 ^C (2,2-6,3)	3,4 ^D (1,5-5,3)	NR
Circonscription sanitaire de Huron	NR	NR	NR
Bureau de santé de Chatham-Kent	4,7 ^C (2,8-6,7)	4,6 ^C (2,5-6,6)	2,2 ^D (0,8-3,7)
Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington	5,1 ^C (3,1-7,2)	4,0 ^C (2,1-5,8)	3,3 ^D (1,4-5,2)
Bureau de santé publique de Lambton	8,1 ^C (4,5-11,6)	4,2 ^D (1,7-6,9)	NR
Bureau de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark	5,4 ^C (2,8-8,0)	3,6 ^D (1,5-5,7)	NR
Bureau de santé de Middlesex–London	6,9 ^C (3,6-10,2)	3,6 ^D (1,2-5,9)	NR
Bureau de santé de la région du Niagara	3,4 ^D (1,3-5,5)	NR	NR
Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound	6,6 ^D (2,9-10,3)	NR	4,6 ^D (1,6-7,7)
Bureau de santé du Nord-Ouest	2,8 ^D (1,1-4,5)	2,3 ^D (0,9-3,4)	3,2 ^D (1,4-4,9)
Santé publique Ottawa	4,7 ^D (3,0-4,5)	2,8 ^C (1,6-4,1)	2,8 ^C (1,7-3,9)
Bureau de santé de la région de Peel	2,9 (2,1-3,7)	2,7 ^C (1,8-3,5)	1,9 ^C (1,2-2,6)
Circonscription sanitaire de Perth	NR	NR	NR
Bureau de santé de Peterborough	5,6 ^D (2,4-8,7)	3,0 ^D (1,0-5,0)	NR
Bureau de santé Porcupine	4,7 ^D (1,9-7,5)	NR	NR
Bureau de santé du comté et du district de Renfrew	NR	NR	NR
Bureau de santé de l'Est de l'Ontario	7,9 ^C (4,4-11,4)	NR	NR
Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka	4,9 (3,6-6,3)	3,3 ^C (2,3-4,3)	3,7 ^C (2,3-5,0)
Service de santé de Sudbury et du district	6,1 ^D (2,8-9,5)	NR	NR
Bureau de santé du district de Thunder Bay	4,5 ^D (2,1-6,9)	NR	NR
Bureau de santé de Témiskamingue	NR	NR	NR
Bureau de santé de la région de Waterloo	5,7 ^C (3,6-7,7)	1,6 ^D (0,5-2,7)	NR

Nom du BSP	Traumatisme crânien ou commotion % (IC à 95 %)	Fracture ou fêlure % (IC à 95 %)	Coupure ou perforation % (IC à 95 %)
Bureau de santé de Wellington-Dufferin-Guelph	6,1 ^C (4,3-8,0)	3,1 ^C (1,8-4,5)	3,5 ^C (2,2-4,8)
Unité sanitaire de Windsor–Essex	3,5 ^C (1,9-5,1)	4,4 ^C (2,5-6,3)	2,2 ^D (0,9-3,5)
Service de santé de la région de York	4,0 ^C (2,4-5,6)	3,4 ^C (1,9-4,9)	1,1 ^D (0,4-1,9)
Bureau de santé Oxford-Elgin-St. Thomas (Sud-Ouest)	6,0 ^C (3,8-8,3)	3,2 ^D (1,6-4,9)	3,0 ^C (1,6-4,5)
Bureau de santé de Toronto	2,9 (2,3-3,5)	2,7 (2,0-3,4)	2,1 (1,6-2,7)
Total Ontario	4,4 (4,0-4,8)	3,0 (2,7-3,3)	2,4 (2,1-2,7)

C et D – Cette estimation doit être interprétée avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage. NR – Cette estimation n'a pas pu être divulguée conformément à la directive de Statistique Canada de ne pas divulguer des estimations de qualité inacceptable.

Source des blessures – Traumatisme crânien ou commotion

- Parmi tous les enfants et les jeunes ayant subi un traumatisme crânien ou une commotion cérébrale, 38,2 % (IC à 95 % : 33,9 à 42,6) ont mentionné les sports, 34,2 % (IC à 95 % : 30,2 à 38,3) les activités récréatives et 27,5 % (IC à 95 % : 23,3 à 31,8) autre chose comme étant la cause de leur blessure (Tableau 11).
- Lorsque les sources des commotions étaient stratifiées en fonction du sexe à la naissance, la proportion des sources de blessures était semblable chez les garçons et les filles.
- À mesure que l'âge augmentait, les sports étaient plus souvent rapportés comme étant responsables des traumatismes crâniens ou des commotions cérébrales par rapport aux jeux ou aux autres activités.

Tableau 11 : Prévalence des activités responsables des traumatismes crâniens et des commotions chez les enfants de 1 à 17 ans, selon l'âge et le sexe à la naissance; Ontario, 2019

Caractéristique	Sport ou activité physique autre que la bicyclette % (IC à 95 %)	Activité récréative % (IC à 95 %)	Autre % (IC à 95 %)
Groupe d'âge (années)			
1 à 4	NR	58,0 (47,0-68,9)	38,5 (27,4-49,6)
5 à 11	31,1 (24,8-37,3)	45,7 (39,1-52,3)	23,2 (17,6-28,9)
12 à 17	62,5 (55,4-69,7)	9,5 ^C (5,5-13,5)	28,0 (20,9-35,1)
Total	38,2 (33,9-42,6)	34,2 (30,2-38,2)	27,5 (23,3-31,8)
Sexe à la naissance			
Garçon	38,1 (32,2-44,0)	36,0 (30,6-41,5)	25,9 (20,5-31,2)
Fille	38,4 (32,1-44,7)	31,7 (25,8-37,5)	29,9 (23,1-36,7)
Total	38,2 (33,9-42,6)	34,2 (30,2-38,2)	27,5 (23,3-31,8)

C – Cette estimation doit être interprétée avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage.
NR - Cette estimation n'a pas pu être divulguée conformément à la directive de Statistique Canada de ne pas divulguer des estimations de qualité inacceptable

Analyse

Dans l'ensemble, les traumatismes crâniens ou les commotions cérébrales affichaient la prévalence la plus élevée, soit 4,4 %, chez les enfants ontariens âgés de 1 à 17 ans. En ce qui a trait aux autres types de blessures, les taux de prévalence étaient de 3,0 % pour les fractures ou fêlures et de 2,4 % pour les coupures ou les perforations. Nos estimations laissent entendre que les garçons rapportent une prévalence notablement plus élevée de tous les types de blessures par rapport aux filles, et nous estimons que les traumatismes crâniens ou commotions présentent la prévalence la moins élevée de consultations de professionnels de la santé en raison des blessures. La prévalence des traumatismes crâniens ou des commotions cérébrales était notablement plus élevée chez les enfants vivant dans des ménages à revenu élevé ainsi que chez les enfants ayant déclaré être non-immigrants et blancs/non racialisés par rapport aux enfants de ménage à faible revenu. Cela est compatible avec la documentation publiée à ce sujet dans laquelle les blessures liées aux sports au Canada sont plus nombreuses chez les groupes de statut socio-économique supérieur¹⁵ et ceux qui déclarent être Blancs¹⁶. Cela peut s'expliquer par le fait que l'accès aux activités sportives et l'obtention des avantages liés à la participation sont distribués de façon inéquitable¹⁷ et reposent fortement sur le revenu familial¹⁸ entre autres nombreux facteurs socio-économiques.

Cet ouvrage comporte des forces et des limites. Premièrement, il y a un manque de données sur les traumatismes crâniens et les commotions cérébrales en Ontario, qui peuvent être utilisées pour orienter les efforts de prévention, en particulier au niveau des BSP. La commotion cérébrale fait partie d'un groupe de mesures préventives qui s'est ajouté à la version de 2018 des Normes de santé publique de l'Ontario¹⁹. De cette façon, les praticiens en santé publique doivent créer et mettre en œuvre un programme propre aux commotions et à leur prévention. Les données présentées dans le présent résumé fournissent un aperçu des causes de traumatismes crâniens et de commotions chez les enfants et les jeunes en Ontario. Les praticiens en prévention des blessures peuvent trouver des renseignements supplémentaires fondés sur les résultats présentés dans le présent document, lesquels pourraient ensuite être utilisés dans la planification de mesures préventives. Par exemple, étant donné que les

sports ou les activités physiques autres que la bicyclette étaient les plus souvent rapportés comme étant la cause d'un traumatisme crânien ou d'une commotion, les travaux à venir pourraient inclure la modélisation de ces données en vue d'examiner les probabilités de subir un traumatisme crânien ou une commotion, en fonction du nombre d'heures que les enfants et les jeunes disent consacrer aux activités physiques. L'ECSEJ de 2019 inclut les variables de participation à des sports ou à des activités physiques (c.-à-d. une activité physique avec un entraîneur ou un instructeur) qui peuvent servir pour rendre compte des blessures, en tenant compte du temps consacré aux activités chaque semaine. Enfin, la déclaration de ces données permettrait également de comparer les résultats de l'ECSEJ de 2019 à ceux de la prochaine version de 2023, c'est-à-dire les résultats en santé obtenus avant et pendant la pandémie de COVID-19.

Cet ouvrage comporte cependant aussi plusieurs limites. Premièrement, les résultats des questionnaires présentés dans ce résumé n'ont pas la spécificité requise pour comprendre comment et quand les enfants ont été blessés. Par exemple, nous ne connaissons pas l'activité sportive ou récréative précise à laquelle un enfant participait lorsqu'il s'est blessé. De plus, en ce qui concerne les traumatismes crâniens ou les commotions liés aux sports, ces données ne nous fournissent pas le niveau de jeu (p. ex. activité sportive organisée ou libre, ou encore sport d'élite ou récréatif). Ces renseignements préciseraient le contexte des blessures pour lesquelles une intervention serait appropriée. Deuxièmement, les données présentées ne saisissent pas la véritable prévalence des blessures en Ontario. Les données d'enquête saisissent l'information de façon ponctuelle; par conséquent, elles ne reflètent pas les multiples blessures dans une même catégorie (p. ex. si l'enfant a subi une commotion plus d'une fois au cours de l'année précédente), ou les blessures hors d'une catégorie donnée (p. ex. traumatisme crânien ou commotion, fracture ou fêlure ou encore coupure ou perforation, mais non entorse et foulure). Surtout, les données présentées ici ne reflètent pas la distribution inéquitable des blessures chez les enfants en Ontario. Enfin, le mode de collecte des données d'enquête augmente le risque de biais de rappel. Le nombre de blessures peut par exemple être sous-déclaré en raison de l'incapacité des participants à se remémorer avec précision une blessure subie l'année précédente.

Les données présentées dans le présent résumé nous fournissent certains renseignements précis sur les blessures à la tête chez les enfants et les jeunes en Ontario. Étant donné la nécessité de creuser davantage le sujet, d'autres analyses s'imposent.

Notes techniques

Source des données

Le présent résumé a examiné la portion ontarienne de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) de 2019 qui a utilisé l'allocation canadienne pour enfants (ACE) comme base d'échantillonnage pour sélectionner des enfants et des jeunes qui étaient âgés de 1 à 17 ans au 31 janvier 2019.

- Les enfants de dix provinces et trois territoires vivant dans des habitations privées étaient admissibles.
- Les enfants vivant dans des réserves des Premières Nations ou d'autres établissements autochtones ainsi que les enfants demeurant dans des foyers d'accueil et les enfants et les jeunes vivant en établissement étaient exclus de l'enquête.

Indicateurs

VARIABLES LIÉES AUX BLESSURES

Les variables liées aux blessures utilisées dans cette analyse incluent les traumatismes crâniens ou commotions, les fractures ou fêlures et les coupures ou perforations. Les questions relatives aux blessures de l'ECSEJ de 2019 portaient entre autres sur les blessures déclarées par les enfants au cours des 12 mois précédents, pour tous les types de blessures (O/N). Chaque question portant sur les blessures était posée de la façon suivante :

1. Au cours des 12 derniers mois, cet enfant a-t-il subi l'une des blessures suivantes? – Un traumatisme crânien ou une commotion cérébrale? (O/N/Non indiqué)
2. Au cours des 12 derniers mois, cet enfant a-t-il subi l'une des blessures suivantes? – Une fracture ou une fêlure? (O/N/Non indiqué)
3. Au cours des 12 derniers mois, cet enfant a-t-il subi l'une des blessures suivantes? – Une coupure profonde ou une perforation? (O/N/Non indiqué)

La cause du traumatisme crânien ou de la commotion incluait trois réponses possibles : sport ou activité physique (AP) autre que la bicyclette, activité récréative ou autre. Chaque question portant sur les blessures était posée de la façon suivante :

1. Que faisait cet enfant lorsqu'il s'est blessé? Était-ce :
 - a. de la bicyclette
 - b. un sport ou une activité physique autre que la bicyclette
 - c. une tâche ménagère, l'entretien du terrain, un travail rémunéré/non rémunéré
 - d. l'utilisation ou la conduite d'un véhicule motorisé hors route
 - e. l'utilisation ou la conduite d'un véhicule motorisé
 - f. un jeu
 - g. une autre activité
 - h. interruption reconnue
 - i. non indiqué

Dans notre catégorisation de l'entrée « autre » nous avons inclus toutes les autres options de réponse (c.-à-d., tâches ménagères, entretien du terrain, travail rémunéré ou non rémunéré, utilisation ou conduite d'un véhicule motorisé hors route et utilisation ou conduite d'un véhicule motorisé et autre activité).

VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les variables sociodémographiques utilisées dans cette analyse incluent les suivantes : âge, sexe à la naissance, revenu du ménage, niveau d'instruction de la personne la mieux renseignée (PMR) de l'enfant et de son conjoint ou sa conjointe, la race et l'origine ethnique (incluant l'identité autochtone) et le statut d'immigration. Pour en savoir davantage sur ces variables sociodémographiques et la manière dont elles ont été recodifiées, veuillez consulter le Rapport technique complet.

- L'âge était catégorisé par tranche de 1 à 4, 5 à 11 et 12 à 17 ans.
- Le sexe à la naissance était catégorisé comme masculin ou féminin.
- Le revenu du ménage était catégorisé en 7 fourchettes (< 24 999 \$, 25 000 \$ à 49 999 \$, 50 000 \$ à 74 999 \$, 75 000 \$ à 99 999 \$, 100 000 \$ à 149 999 \$, 150 000 \$ à 199 999 \$ et 200 000 \$ et plus).
- Le seuil de revenu faible (SRF) est une variable dichotomique décrivant un revenu faible ou élevé. Il était calculé au moyen du revenu avant impôt canadien de 2019, ajusté en fonction de la taille de la communauté et du ménage.
- Le niveau d'instruction le plus élevé de la PMR, ou de la conjointe ou du conjoint de cette dernière, était catégorisé en trois groupes (école secondaire ou moins, certificat ou diplôme d'un collège/d'une école de métier/d'une université et université ou plus).
- La race et l'origine ethnique étaient catégorisées comme Asiatique du Sud, Noire, Asiatique de l'Est, Asiatique du Sud-Est/Philippine, Asiatique de l'Ouest/Arabe, Blanche/Non racialisée, Latino-Américaine et autre (ou multiple).
- L'identité autochtone (membre des Premières Nations, Inuit ou Métis) était définie comme « Oui » ou « Non ».
- Le statut d'immigration était catégorisé comme non-immigrant, immigrant et résident non permanent.

VARIABLES GÉOGRAPHIQUES

La proportion d'enfants blessés était catégorisée selon les bureaux de santé publique (BSP), les groupes homologues de Statistique Canada et les principales régions géographiques.

Les groupes homologues de Statistique Canada sont fondés sur la liste suivante :

- Groupe B – Principalement des centres urbains à densité de population modérément forte
 - Bureau de santé de Durham, Bureau de santé de la région de Halton, Services de santé publique de Hamilton, Bureau de santé de Middlesex-London, Santé publique Ottawa, Bureau de santé de la région de Waterloo, Unité sanitaire de Windsor-Essex
- Groupe C – Mélange de zones urbaines et rurales peu peuplées
 - Santé publique Algoma, Bureau de santé du comté de Brant, Bureau de santé de Chatham-Kent, Bureau de santé de l'Est de l'Ontario, Bureau de santé du district d'Haliburton, Kawartha et Pine, Bureau de santé de Hastings et Prince Edward, Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington, Bureau de santé publique de Lambton, Bureau de santé de la région du Niagara, Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound, Bureau de santé Porcupine, Bureau de santé de Peterborough, Service de santé de Sudbury et du district, Bureau de santé du district de Thunder Bay, Bureau de santé de Témiskamingue

- Groupe D – Principalement des régions rurales
 - Bureau de santé de Grey Bruce, Bureau de santé d’Haldimand-Norfolk, Circonscription sanitaire de Huron et Perth, Bureau de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark, Bureau de santé du Nord-Ouest, Bureau de santé du comté et du district de Renfrew, Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka, Bureau de santé du Sud-Ouest, Bureau de santé de Wellington-Dufferin-Guelph
- Groupes G et H – Centres métropolitains les plus grands à densité de population élevée
 - Bureau de santé de Toronto, Bureau de santé de la région de Peel, Service de santé de la région de York

Les principales **régions géographiques** sont les suivantes :

- Nord-Ouest – Bureau de santé du Nord-Ouest, Bureau de santé du district de Thunder Bay
- Nord-Est – Bureau de santé Porcupine, Bureau de santé du Témiskamingue, Service de santé de Sudbury et du district, Bureau de santé Algoma, Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound
- Sud-Ouest – Unité sanitaire de Windsor-Essex, Bureau de santé de Chatham-Kent, Bureau de santé du Sud-Ouest, Bureau de santé publique de Lambton, Bureau de santé de Middlesex-London, Circonscription sanitaire de Huron et Perth, Bureau de santé de Grey Bruce
- Centre Ouest – Bureau de santé de Wellington-Dufferin-Guelph, Bureau de santé de la région de Halton, Services de santé publique de Hamilton, Bureau de santé de la région du Niagara, Bureau de santé de la région de Waterloo, Bureau de santé d’Haldimand-Norfolk, Bureau de santé du comté de Brant
- Bureau de santé de Toronto
- Centre Est – Bureau de santé de la région de Peel, Service de santé de la région de York, Bureau de santé de Durham, Bureau de santé du district d’Haliburton, Kawartha et Pine, Bureau de santé de Peterborough, Bureau de santé du district de Simcoe-Muskoka
- Est – Bureau de santé du comté et du district de Renfrew, Bureau de santé de Hastings et Prince Edward, Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington, Bureau de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark, Santé publique Ottawa, Bureau de santé de l’Est de l’Ontario

Analyse des données

Nous avons utilisé le *SAS Enterprise Guide* pour réaliser toutes les analyses statistiques. Nous avons aussi effectué des analyses bivariées entre les covariables et les types de blessures.

- Les commandes de PROC SURVEY ont été utilisées avec des répliques bootstrap (n = 1000) et des poids bootstrap fournis par Statistique Canada. Ces derniers nous ont permis de calculer des estimations ponctuelles et des intervalles de confiance à 95 %.
- Les lignes directrices approuvées par Statistique Canada ont été utilisées pour faire état des résultats, lorsque des estimations ayant un coefficient de variation (CV) inférieur à 0,15 % étaient rapportées sans mises en garde.

Références

1. Parachute. Le coût des blessures au Canada [En ligne]. Toronto, ON: Parachute; 2021 [cité le 14 février 2022]. Disponible à : <https://parachute.ca/fr/ressource-professionnelle/le-cout-des-blessures-au-canada/>
2. Jiang A, Pike I. The burden of injury. Dans : Pike I, Richmond SA, Rothman L, Macpherson A, éd. Canadian injury prevention resource. Vol 1. Toronto, ON: Parachute; 2015.
3. 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):252-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2018-042745>
4. Les enfants d'abord Canada. Raising Canada 2022: top 10 threats to childhood in Canada: inequity and the impacts of COVID-19 [En ligne]. Calgary, AB: Children First Canada; 2022 [cité le 10 janvier 2023]. Disponible à : https://childrenfirstcanada.org/wp-content/uploads/2022/09/RC2022_CFC_RC-Report_09-02.pdf
5. Marmot M. Injury prevention: addressing the social determinants. *Inj Prev.* 2010;16:A277. Disponible à : <http://dx.doi.org/10.1136/ip.2010.029215.985>
6. Cusimano MD, Cho N, Amin K, Shirazi M, McFaull SR, Do MT, et al. Mechanisms of team-sport-related brain injuries in children 5 to 19 years old: opportunities for prevention. *PloS One.* 2013;8(3):e58868. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0058868>
7. Gouvernement du Canada. Commotions cérébrales et autres traumatismes crâniens attribuables aux activités sportives et récréatives chez les enfants et les jeunes canadiens. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2018. Disponible à : <https://sante-infobase.canada.ca/labo-de-donnees/blogue-blessures-a-la-tete-interactif.html>
8. Gordon KE, Kuhle S. Canadians reporting sport-related concussions: increasing and now stabilizing. *Clin J Sport Med.* 2022;32(3):313-317.
9. Ontario. Ministère du Tourisme, de la Culture et du Sport; Comité consultatif de la Loi Rowan. Création de la Loi Rowan : Rapport du comité consultatif de la Loi Rowan [En ligne]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2017 [cité le 27 mars 2023]. Disponible à : http://www.mtc.gov.on.ca/fr/publications/rowan_report.pdf
10. Ontario. Ministère de la Santé; ministère des Soins de longue durée. Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021. Disponible à : https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Ontario_Public_Health_Standards_2021.pdf
11. Gouvernement de l'Ontario. Direction générale de l'action contre le racisme. Normes relatives aux données en vue de repérer et de surveiller le racisme systémique [En ligne]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2023 [cité le 22 février 2023]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/document/normes-relatives-aux-donnees-en-vue-de-reperer-et-de-surveiller-le-racisme-systemique>

12. Iwamoto DK, Liu WM. The impact of racial identity, ethnic identity, Asian values, and race-related stress on Asian Americans and Asian international college students' psychological well-being. *J Counsel Psychol.* 2010;57(1):79-91. Disponible à : <https://doi.org/10.1037/a0017393>
13. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Collecter des données sur l'origine ethnique, la race, le revenu, la taille du ménage et la langue : une ressource pour les responsables de la collecte de données [En ligne]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le 25 octobre 2023]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/he/2021/03/aag-race-ethnicity-income-language-data-collection.pdf?la=fr>
14. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada. Ottawa, ON: CIHI; 2022. Disponible à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-fr.pdf>
15. Simpson K, Janssen I, Craig W, Pickett W. Multilevel analysis of associations between socioeconomic status and injury among Canadian adolescents. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(12):1072-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/jech.2005.036723>
16. Richmond S, Kang J, Emery CA. Is body mass index a risk factor for sport injury in adolescents? *J Sci Med Sport.* 2013;16(5):401-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2012.11.898>
17. Trussell DE, McTeer W. Children's sport participation in Canada: Is it a level playing field? *Int J Can Stud.* 2007;32(35):104-22.
18. Tandon PS, Kroshus E, Olsen K, Garrett K, Qu P, McCleery J. Socioeconomic inequities in youth participation in physical activity and sports. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(13):6946. Disponible à : <https://doi.org/10.3390/ijerph18136946>
19. Ontario. Ministère de la Santé; ministère des Soins de longue durée. Division de la santé de la population et de la santé publique. Lignes directrices concernant la prévention des blessures, 2018. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018. Disponible à : https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Injury_Prevention_Guideline_2018_en.pdf

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Blessures chez les enfants d'après l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (2^e éd.), Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024.

ISBN 978-1-4868-6968-8 PDF

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement de l'Ontario, aux organismes de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation de ce document relèvent de la responsabilité de l'utilisateur. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement et/ou modification ne peut être apporté à ce document sans l'autorisation écrite expresse de SPO.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario qui a pour mission de protéger et de promouvoir la santé de tous les Ontariens et de réduire les inégalités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024

