

# BLESSURES EN BASKETBALL

## PORTRAIT DES CONSULTATIONS À L'URGENCE DE L'HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS DE QUÉBEC

ENTRE JUIN 2003 ET DÉCEMBRE 2007



*Maude vient d'avoir 13 ans. Elle joue au basketball deux fois par semaine dans l'une des équipes de son école. Elle adore l'ambiance des parties et les moments de plaisir partagés avec ses coéquipières. En mai dernier, à l'avant-dernière partie de la saison, elle s'est infligée une entorse sévère à la cheville droite dans le gymnase de l'école : « J'ai réussi à effectuer un saut au panier même si j'étais poursuivie. Malheureusement, j'ai été bousculée et je suis retombée sur le côté du pied droit, avant de m'écrouler au sol. Ma blessure met du temps à guérir. Je suis très frustrée, car ma mère a dû annuler mon inscription au cours de voile... ».*

### 1. FAITS SAILLANTS

- LES VICTIMES**
- Un peu moins de femmes que d'hommes (43,4 % vs 56,6 %).
  - Plus grande sévérité des blessures chez les hommes : 24,7 % d'hommes hospitalisés vs 5,4 % de femmes.
  - Fréquemment des jeunes âgés de 12 à 17 ans (65,1 %).
  - L'hospitalisation plus fréquente des personnes majeures comparativement aux plus jeunes tend à indiquer une plus grande sévérité des blessures chez les plus vieux.
- LA BLESSURE**
- Fréquemment des entorses (56,3 %).
  - 16,4 % de fractures, mais 2,5 fois plus fréquentes chez l'homme.
  - A entraîné une limitation dans les activités de la vie quotidienne pour 59,0 % des victimes (moyenne de 19,3 jours ; médiane de 7 jours).
- LIEU DE SURVENUE**
- La plupart des blessures sont survenues dans le gymnase d'une école (83,3 %).
- CIRCONSTANCES**
- Près de la moitié des blessures résultent d'un contact avec un autre joueur (42,6 %).
  - Près du tiers des blessures consécutives à un contact avec un autre joueur sont attribuées à un coup reçu (30,8 %).
  - La plupart des blessures sans contact surviennent au moment de l'atterrissage d'un saut (73,7 %).
  - La blessure serait évitable selon 47,5 % des répondants.
- ÉQUIPEMENT DE PROTECTION**
- Aucun équipement de protection utilisé chez 88,5 % des victimes.



## 2. CONTEXTE

Le basketball représente un sport d'équipe très populaire au Québec. On estime que 386 000 personnes âgées de 6 à 74 ans ont joué au basketball au moins une fois au cours de l'année 2004<sup>1</sup>. Chez les 6-17 ans, il arrive au troisième rang des sports pratiqués par les garçons, derrière le soccer et le hockey sur glace, et au deuxième rang chez les filles, derrière le soccer<sup>2</sup>.

Compte tenu de l'importance de la pratique du basketball au Québec et de l'incidence des blessures qui y sont associées, il est donc essentiel de bien connaître les circonstances de survenue de ces blessures, dans une perspective de promotion de la sécurité et de prévention des traumatismes.

Malheureusement, il arrive que des blessures surviennent au cours de la pratique du basketball. Toujours pour l'année 2004, 17 000 personnes auraient consulté un professionnel de la santé pour traiter une blessure subie en jouant au basketball au Québec<sup>3</sup>, ce qui représente un taux de blessures de 44/1 000 participants (intervalle de confiance à 95 % [IC-95 %]: 24 à 65). En comparaison, le taux de blessures au hockey est estimé à 79 (IC-95 % : 57 à 100) et celui du soccer à 45 (IC-95 % : 30 à 59). En ce qui a trait aux consultations à l'urgence de l'Hôpital de

---

1. HAMEL, Denis et Claude GOULET. *Étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec en 2004*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2006.

2. *Op. cit.*

3. *Op. cit.*

l'Enfant-Jésus de Québec pour un traumatisme d'origine récréative et sportive (TORS) de 1997 à 2001, les blessures associées au basketball représentaient 3,7 % des cas, contre 16,1 % pour le vélo, 10,4 % pour le surf des neiges, 8,5 % pour le hockey et 4,6 % pour le ski alpin<sup>4</sup>.

## 3. OBJECTIF

L'objectif de l'étude est de documenter les circonstances de survenue, le contexte de pratique, incluant le port d'équipements de protection de même que la nature et la gravité des blessures au basketball qui ont mené à une consultation au service des urgences de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec entre juin 2003 et décembre 2007.

## 4. MÉTHODOLOGIE

### 4.1 SUJETS ADMISSIBLES

Les sujets de l'étude englobent toutes les personnes qui se sont présentées au service des urgences de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) pour consulter un médecin à la suite d'une blessure au basketball entre juin 2003 et décembre 2007. Les personnes blessées peuvent être arrivées à l'urgence ambulatoire par leurs propres moyens ou s'être présentées en ambulance. Les registres administratifs de l'hôpital font état de 129 victimes.

---

4. RAINVILLE, Monique. *Traumatismes d'origine récréative et sportive : portrait des consultations à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec – De juillet 1997 à juin 2001*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, ministère des Affaires municipales, du Loisir et du Sport, 2004.

## 4.2 RÉPONDANTS ET NON-RÉPONDANTS

Parmi les sujets, 61 personnes ont accepté de participer à une enquête téléphonique, soit 47,3 % des sujets admissibles. Les répondants avaient donné au préalable leur consentement écrit à être joints par téléphone. Le devis prévoyait deux façons d'obtenir le consentement des victimes. Elles ont été contactées lorsque le blessé : 1) avait rempli le formulaire du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) à l'urgence ambulatoire et inscrit sur le formulaire qu'il acceptait d'être recontacté pour donner d'autres précisions sur les circonstances de l'événement ou 2) avait dû être hospitalisé, avait pris connaissance des buts de la recherche par le biais du feuillet explicatif remis au cours de son hospitalisation et avait accepté de laisser ses coordonnées pour être recontacté ultérieurement. Pour le recrutement des victimes hospitalisées, six unités avaient été ciblées : les unités de pédiatrie, de traumatologie, d'orthopédie, deux unités de chirurgie ainsi que celle du court séjour postopératoire.

Le tableau 1 fait état de la distribution des motifs de non-participation des 68 non-répondants selon l'endroit où ils ont été approchés. On constate alors que les 16 personnes hospitalisées n'ont pas été approchées pour participer à l'étude. En outre, près de trois non-répondants sur dix (29,4 %) n'ont pu être joints malgré les tentatives effectuées.



**Tableau 1 : Distribution en % des non-répondants selon le mode de repérage et le motif de non-participation (n = 68)**

Motif de non-participation	Repéré au triage (n = 52)	Repéré durant l'hospitalisation (n = 16)	Total
Non approché <sup>1</sup>	26,5	23,5	50,0
Non rejoint <sup>2</sup>	29,4	0,0	29,4
Refus <sup>3</sup>	20,6	0,0	20,6
Total	76,5	23,5	100,0

1. La personne n'a pas été informée de l'étude à son arrivée à l'urgence ou au cours de son hospitalisation.
2. La personne n'a pas été contactée dans le cadre de l'étude, même si elle avait donné son consentement à y participer (mauvais numéro de téléphone, pas de réponse téléphonique lors des appels, déménagement).
3. La personne a signifié son refus de participer à l'étude soit sur le formulaire du SCHIRPT, soit sur le formulaire explicatif de l'étude présenté au cours de l'hospitalisation ou au moment du contact téléphonique.

## 4.3 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Cette étude a été soumise annuellement à l'approbation du comité d'éthique du CHA et a été menée dans le respect des considérations éthiques habituelles de confidentialité des données et de consentement éclairé des participants. En tout temps, les répondants ont eu le privilège de refuser de participer ou de mettre fin à l'entrevue téléphonique.

Les entrevues avec les victimes mineures présentent des aspects humains et éthiques particuliers que l'équipe de recherche a considérés. Dans tous les cas où la victime était âgée de moins de 18 ans, le parent a été sollicité pour autoriser son enfant à répondre



au questionnaire ou le représenter en cas de refus. L'éventualité que le parent réponde seul à l'entrevue a été envisagée comme une solution de dernier recours en raison des risques de biais, surtout lorsque le parent n'a pas été témoin des circonstances de l'événement. Les trois options suivantes ont été offertes au parent, compte tenu de l'âge de l'enfant et de sa capacité à répondre aux questions posées : 1) que la victime réponde seule aux questions, 2) que le parent et l'enfant participent conjointement à l'entrevue au moyen de deux appareils téléphoniques ou enfin, 3) que le parent réponde lui-même aux questions en présence de son enfant qu'il pouvait consulter si nécessaire.

#### 4.4 QUESTIONNAIRE ET COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire comprend 23 questions dont 7 questions ouvertes et 16 à choix multiples. Il a été prétesté auprès de volontaires. Outre la présentation du projet et les éléments relatifs au libre choix et au consentement éclairé, il comporte sept sections : la personne blessée, la blessure et ses conséquences, les équipements protecteurs utilisés, le lieu de survenue de l'événement, le contexte de pratique du sport, les circonstances et le mécanisme de survenue de la blessure et enfin la perception du répondant sur le caractère évitable de l'événement. Deux intervieweurs se sont partagé les entrevues qui duraient environ dix à douze minutes. Le tableau 2 présente le statut des répondants. On constate que 82 % des victimes ont répondu elles-mêmes à l'entrevue. Parmi les parents d'une victime mineure ayant répondu à l'entrevue à la place de leur enfant, 45,5 % ont révélé avoir été témoin de la survenue de la blessure (tableau non présenté).

**Tableau 2 : Répartition des répondants selon leur statut (n = 61)**

Statut du répondant	N <sup>bre</sup>	%
Victime	50	<b>82,0</b>
≥ 18 ans	13	
< 18 ans seule	37	
Parent d'une victime < 18 ans	11	28,0
Total	61	100,0

Par ailleurs, il a été possible d'obtenir de l'information sur l'épisode de soins des 68 non-répondants, à partir des fichiers administratifs du centre hospitalier et des dossiers médicaux des victimes. L'information a été dénominalisée avant d'être utilisée aux fins de l'analyse.

#### 4.5 SAISIE ET ANALYSE DES DONNÉES

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Excel et l'analyse, au moyen du logiciel *Statistics Analysis System (SAS)*, version 9.1. Le plan d'analyse a été divisé en trois sections : 1) les variables disponibles pour l'ensemble des cas (N = 129)<sup>5</sup>, soit le sexe et l'âge de la victime, le type de blessure et la partie du corps atteinte, ainsi que le type de suivi médical dispensé au centre hospitalier, 2) les comparaisons entre les 61 répondants et les 68 non-répondants pour les mêmes variables, et 3) les autres variables incluses dans le questionnaire présenté aux répondants (voir section 4.4). Les variables des trois sections ont fait l'objet d'analyses de fréquences. Dans les deux premières sections, des tests de Khi carré et de Fisher ont été effectués en complément des analyses de fréquence lorsque le nombre de cas et la taille des catégories le permettaient.

5. Dans la section des résultats, le N fait référence à l'ensemble des cas tandis que le n fait référence aux répondants de l'enquête téléphonique.



## 5. RÉSULTATS

### 5.1 INFORMATION ISSUE DE L'ENSEMBLE DES CAS (N = 129)

Entre juin 2003 et décembre 2007, 129 cas de blessures au basketball ont été répertoriés. On compte un peu plus d'hommes que de femmes parmi les victimes (56,6 % vs 43,4 %) et près des deux tiers sont âgées de 12 à 17 ans (65,1 %) (tableau 3). L'âge des victimes varie entre 3 et 51 ans et la médiane est de 16 ans. Les hommes et les femmes ne se répartissent pas de la même façon à travers les groupes d'âge, les filles étant proportionnellement plus représentées chez les 0-11 ans et moins représentées chez les 18 ans et plus (tableau 3).

La blessure la plus fréquente pour les deux sexes est l'entorse (56,3 %), suivie de la fracture (16,4 %) (tableau 4)<sup>6</sup>. Cette dernière est deux fois plus fréquente chez l'homme (tableau 4). On apprend que le membre inférieur est le plus souvent atteint (47,7 %) et que deux blessures à la moelle épinière ont été recensées (tableau 5). Dans l'ensemble, l'hospitalisation a été requise dans seulement 16,3 % des situations (tableau 6). Le plus souvent (74,4 %), le traitement dispensé requerrait une seconde visite à l'urgence seulement si la victime le jugeait nécessaire (tableau 6). La fracture s'avère le motif le plus fréquent d'hospitalisation (61,9 %), l'autre cause étant la rupture d'un muscle ou d'un tendon (38,1 %) (tableau 7). On note aussi que le sexe et l'âge ont eu une influence statistiquement significative sur l'hospitalisation de la victime (tableau 8). Le pourcentage d'hospitalisations significativement plus élevé chez les hommes (24,7 %) que chez les femmes (5,4 %) tend à démontrer une plus grande sévérité des blessures chez les hommes (tableau 8). Enfin, les pourcentages d'hospitalisations plus élevés chez les plus de 35 ans tendent à démontrer une plus grande sévérité des blessures dans ce groupe d'âge (tableau 8).

6. Seule la blessure la plus sévère consignée au dossier médical a été considérée.



**Tableau 3 : Pourcentage des blessures au basketball selon le sexe et le groupe d'âge de la victime (N = 129)**

Sexe \ Âge	Âge				Total
	0-11	12-17	18-34	35 et +	
Masculin	2,3	32,6	17,0	4,7	<b>56,6</b>
Féminin	3,9	32,6	7,0	0,0	<b>43,4</b>
Total	6,2	<b>65,1</b>	24,0	4,7	100,0

p = 0,0152

**Tableau 4 : Nature de la blessure au basketball selon le sexe de la victime (N = 128)\***

Nature \ Sexe	Masculin		Féminin		Total	
	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
Entorse	40	<b>31,3</b>	32	<b>25,0</b>	72	<b>56,3</b>
Fracture	15	<b>11,7</b>	6	4,7	21	<b>16,4</b>
Contusion/abrasion	8	6,3	9	7,0	17	13,3
Rupture muscle/tendon	6	4,7	3	2,3	9	7,0
Dislocation/subluxation	1	0,8	3	2,3	4	3,1
Lacération/plaie pénétrante	0	0,0	3	2,3	3	2,3
Blessure à l'œil	1	0,7	0	0,0	1	0,7
Traumatisme crânien mineur	1	0,7	0	0,0	1	0,7
Total	72	100,0	56	100,0	128	100,0

\* Une victime a quitté l'hôpital avant d'être examinée par un médecin.



**Tableau 5 : Site anatomique de la blessure au basketball selon le sexe de la victime (N = 128)\***

Nature	Sexe		Masculin		Féminin		Total	
			N <sup>bre</sup>		%		N <sup>bre</sup>	
	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
Membre inférieur	38	52,8	23	41,1	61	<b>47,7</b>		
Membre supérieur	23	32,0	23	41,1	46	36,0		
Visage	7	9,7	6	10,7	13	10,2		
Tête	2	2,8	1	1,8	3	2,3		
Dos/thorax/bassin	1	1,4	2	3,6	3	2,3		
Moelle épinière	1	1,4	1	1,8	2	<b>1,6</b>		
Total	72	100,0	56	100,0	128	100,0		

\* Une victime a quitté l'hôpital avant d'être examinée par un médecin.

**Tableau 6 : Type de suivi médical dispensé à l'urgence pour la blessure en basketball selon le sexe de la victime (N = 129)**

Type de suivi requis	Sexe		Masculin		Féminin		Total	
			N <sup>bre</sup>		%		N <sup>bre</sup>	
	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
Départ avant l'examen	1	1,4	0	0,0	1	0,8		
Traitement, suivi au besoin	49	<b>67,1</b>	47	<b>84,0</b>	96	<b>74,4</b>		
Traitement, suivi requis	4	5,5	6	10,7	10	7,7		
Observation à l'urgence	1	1,4	0	0,0	1	0,8		
Hospitalisation	18	<b>24,7</b>	3	<b>5,3</b>	21	<b>16,3</b>		
Total	73	100,0	56	100,0	129	100,0		

**Tableau 7 : Nature de la blessure au basketball ayant nécessité une hospitalisation (N = 21)**

Nature de la blessure	N <sup>bre</sup>	%
Fracture	13	<b>61,9</b>
Dislocation/rupture de muscle/tendon	8	38,1
Total	21	100,0

**Tableau 8 : Sexe et groupe d'âge de la victime de blessure au basketball en fonction du type de suivi médical indiqué (N = 129)**

Caractéristiques	Victimes hospitalisées (n = 21)		Victimes non hospitalisées (n = 108)	
	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
Sexe <sup>a</sup>				
masculin	18	<b>24,7</b>	55	75,3
féminin	3	<b>5,4</b>	53	94,6
Âge <sup>a</sup>				
0-11	1	12,5	7	87,5
12-17	9	10,7	75	89,3
18-34	7	22,6	24	77,4
35 et plus	4	66,7	2	33,3

Légende : <sup>a</sup>: p ≤ 0,01

## 5.2 COMPARAISONS ENTRE LES RÉPONDANTS ET LES NON-RÉPONDANTS

Les 61 répondants ont été comparés aux 68 non-répondants. Les deux groupes sont statistiquement comparables quant au sexe (tableau 9). Cependant, ils présentent des différences significatives quant au groupe d'âge et à l'hospitalisation des répondants. Ainsi, les 12-17 ans sont surreprésentés chez les répondants tandis que les adultes sont sous-représentés en comparaison des non-répondants (tableau 9). On note aussi que la proportion des victimes hospitalisées est beaucoup moins élevée chez les répondants (tableau 9). L'entorse est la blessure la plus souvent répertoriée dans les deux groupes tandis que la fracture

est sous-représentée chez les répondants (tableau 10). Enfin, les deux groupes sont statistiquement comparables quant au site de la blessure (tableau 11).

**Tableau 9 : Sexe, groupe d'âge et hospitalisation des répondants et des non-répondants blessés au basketball (N = 129)**

Caractéristiques	Répondants (n = 61)		Non-répondants (n = 68)	
	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
<b>Sexe<sup>NS</sup></b>				
masculin	31	42,5	42	57,5
féminin	30	53,6	26	46,4
<b>Âge<sup>*</sup></b>				
0-11	5	8,2	3	4,4
12-17	43	<b>70,5</b>	41	60,3
18-34	12	19,7	19	27,9
35 et plus	1	<b>1,6</b>	5	7,4
<b>Type de suivi médical*</b>				
Hospitalisation	1	<b>1,6</b>	20	29,4
Autres types de suivi	60	98,4	48	70,6

**Légende :** NS : non significatif  
\* : p ≤ 0,01

**Tableau 10 : Nature de la blessure au basketball parmi les répondants et les non-répondants (N = 128)\***

Blessure	Répondants		Non-répondants	
	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
Entorse	41	<b>67,2</b>	31	<b>46,2</b>
Fracture	5	<b>8,2</b>	16	23,9
Contusion/abrasion	9	14,7	8	11,9
Rupture muscle/tendon	1	1,6	8	11,9
Dislocation/subluxation	4	6,7	0	0,0
Lacération/plaie pénétrante	1	1,6	2	3,0
Blessure à l'œil	0	0,0	1	1,5
Traumatisme crânien mineur	0	0,0	1	1,5
Total	61	100,0	67	100,0

\* Une victime a quitté l'hôpital avant d'être examinée par un médecin.



**Tableau 11 : Site anatomique de la blessure au basketball parmi les répondants et les non-répondants (N = 128)\***

Site de la blessure	Répondants		Non-répondants	
	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
Membre inférieur	32	52,5	29	43,3
Membre supérieur	23	37,7	23	34,3
Visage	5	8,2	8	11,9
Tête	0	0,0	3	4,5
Dos/thorax/bassin	1	1,6	2	3,0
Moelle épinière	0	0,0	2	3,0
Total	61	100,0	67	100,0

**Légende :** p = 0,3929

\*: Une victime a quitté l'hôpital avant d'être examinée par un médecin.

### 5.3 INFORMATION ISSUE DES RÉPONDANTS (N = 61)

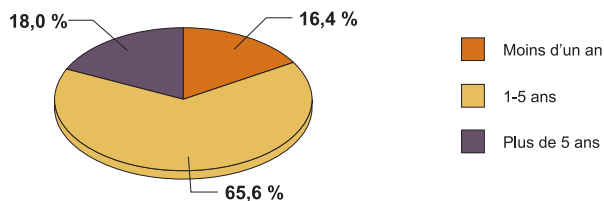
#### *La pratique du basketball*

Plus de quatre victimes sur cinq ont déclaré jouer au basketball depuis plus d'un an (83,6 %) dont 18 % depuis plus de cinq ans (figure 1). Les répondants sont aussi relativement exposés puisque 80,3 % d'entre eux pratiquent ce sport au moins une fois par semaine (figure 2). Plus de la moitié des joueurs blessés (55,7 %) font partie d'une ligue organisée (figure 3), la plupart du temps sous la responsabilité du milieu scolaire (91,2 %) (figure 4). Plus de huit blessures sur dix (83,6 %) sont survenues à l'intérieur (figure 5),

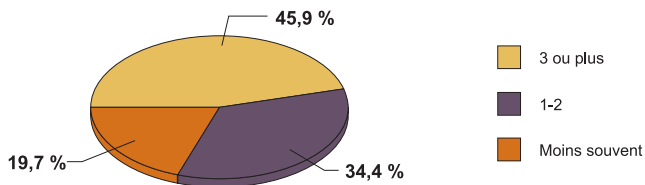


généralement dans le gymnase d'une école (83,3 %) (figure 6). La blessure s'est produite sur une surface en bois dans 59,0 % des cas (figure 7) et dans le cadre d'une partie dans presque la moitié des cas (45,9 %) (figure 8).

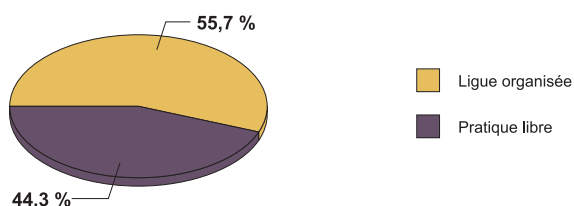
**Figure 1 : Nombre d'années de pratique au basketball (n = 61)**



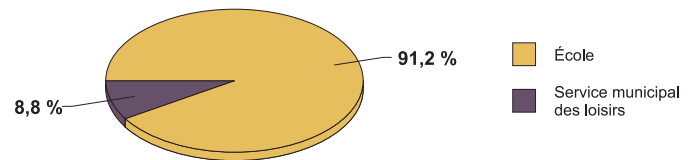
**Figure 2 : Fréquence de pratique du basketball par semaine (n = 61)**



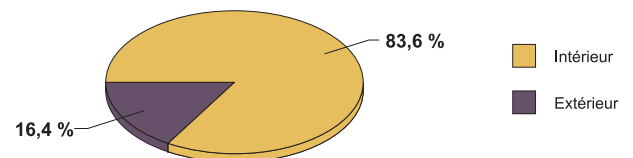
**Figure 3 : Contexte habituel de pratique du basketball par la victime (n = 61)**



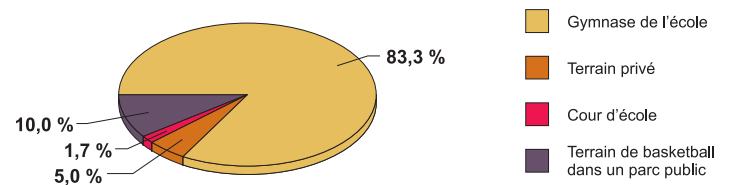
**Figure 4 : Responsable de l'organisation des parties de la ligue organisée (n = 34)**



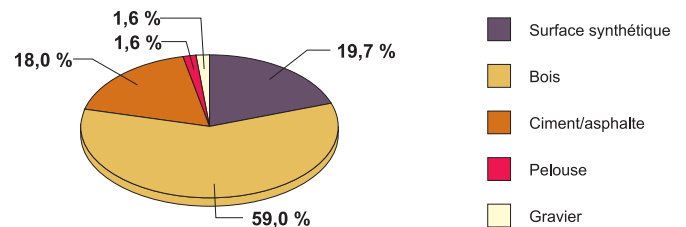
**Figure 5 : Lieu de survenue de la blessure au basketball (n = 61)**



**Figure 6 : Localisation de la victime lors de la blessure au basketball (n = 60)**



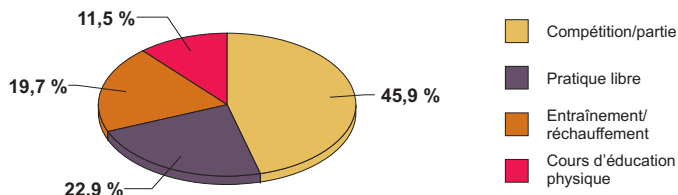
**Figure 7 : Type de surface au sol au moment de la blessure au basketball (n = 61)**







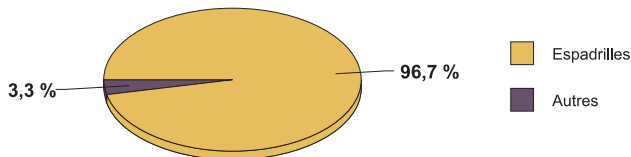
**Figure 8 : Contexte de pratique au moment de la blessure au basketball (n = 61)**



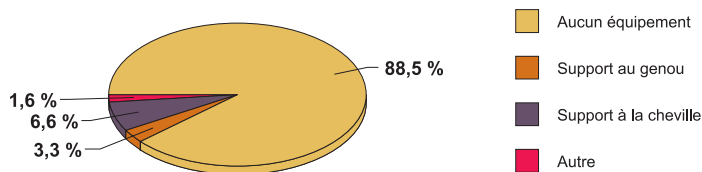
*L'équipement utilisé*

Presque toutes les victimes (96,7 %) portaient des espadrilles au moment de la blessure (figure 9). Pour les trois quarts d'entre elles (72,9 %), ces souliers étaient spécialement conçus pour le basketball (figure non présentée). Enfin, seulement 11,5 % des joueurs portaient un équipement de protection au moment de la blessure, le plus souvent un support à la cheville (6,6 %) (figure 10).

**Figure 9 : Type de soulier porté au moment de la blessure (n = 61)**



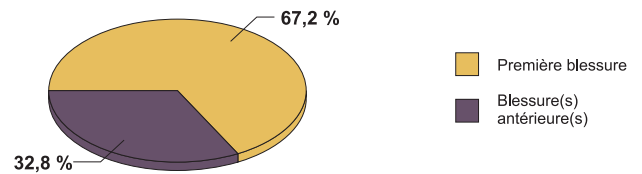
**Figure 10 : Port d'équipement de protection au moment de la blessure (n = 61)**



*La blessure et ses conséquences*

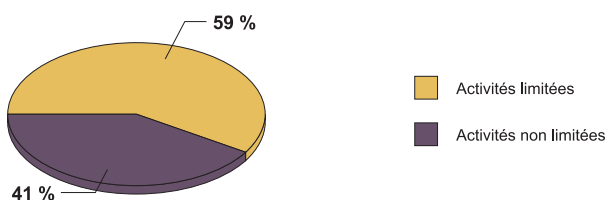
Pour deux victimes sur trois (67,2 %), il s'agissait d'une première blessure au basketball (figure 11). Près de six répondants sur dix (59,0 %) ont déclaré avoir dû limiter les activités de la vie quotidienne à cause de cette blessure (figure 12) dont près du cinquième (19,4 %) durant plus d'un mois (figure 13). La moyenne de l'ensemble était de 19,3 jours et la médiane de 7 jours. En outre, 22,9 % des victimes ont dû consulter un professionnel de la santé à la suite de leur visite à l'urgence (figure 14).

**Figure 11: Première blessure au basketball pour la victime (n = 61)**

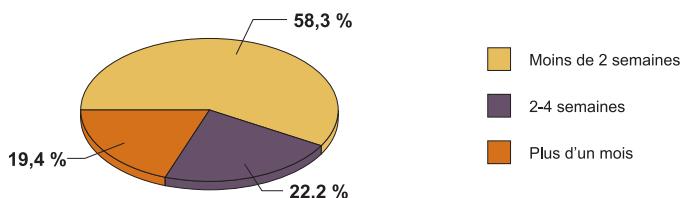




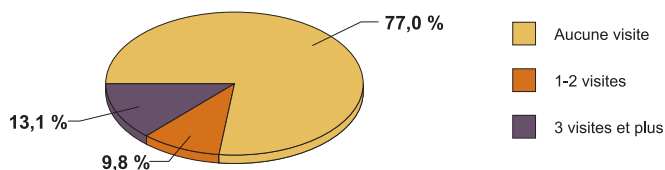
**Figure 12: Limitation des activités quotidiennes consécutive à la blessure (n = 61)**



**Figure 13: Durée de la limitation des activités quotidiennes (n = 36)**



**Figure 14: Consultation ultérieure auprès d'un professionnel de la santé (n = 61)**

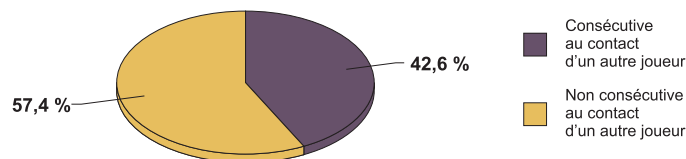


*Les circonstances, les causes et les mécanismes de survenue de la blessure*

Plus de quatre blessures sur dix (42,6 %) sont consécutives au contact de la victime avec un autre joueur (figure 15). Dans 34,6 % de ces cas, la victime a été blessée parce qu'un autre joueur lui a marché sur le pied ou est tombé sur elle (figure 16), la plupart du temps au moment de l'atterrissage au sol à la suite d'un saut (figure non présentée). Trois fois sur dix (30,8 %), la victime a elle-même fait une chute à la suite du contact (figure 16), soit au moment d'une bousculade ayant suivi un saut ou d'une collision en course (figure non présentée). Enfin, les blessures consécutives à un coup reçu (30,8 %) (figure 16) se sont presque toutes produites lors d'une collision ou dans des situations de proximité entre joueurs (figure non présentée).

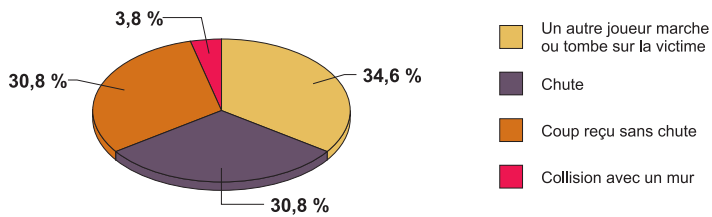
Les autres blessures sont survenues sans contact de la victime avec un autre joueur. Les répondants mentionnent alors trois scénarios. Dans plus de la moitié des cas, la victime a fait un faux mouvement sans chute (53,4 %). Dans plus du tiers des cas (37,1 %), elle a été atteinte par le ballon tandis qu'une plus petite portion a fait une chute au sol (8,6 %) (figure 17). La figure 18 informe sur les mécanismes de survenue de la blessure occasionnée par un faux mouvement: plus des trois quarts de ces blessures (77,4 %) se sont produites à l'atterrissage d'un saut. Notons que seulement deux éléments contributifs supplémentaires ont été associés à la survenue des blessures sans contact. Dans un cas, on a invoqué un lacet mal attaché et dans l'autre, la base amovible du panier (tableau non présenté). Enfin, 47,5 % des personnes interrogées ont considéré que cette blessure aurait pu être évitée (figure 19).

**Figure 15: Type de circonstances de la blessure au basketball (n = 61)**

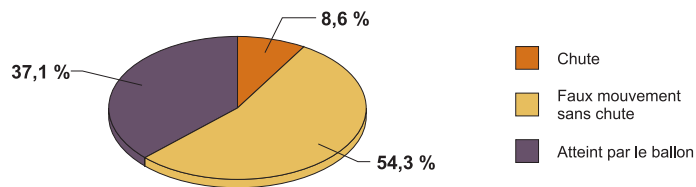




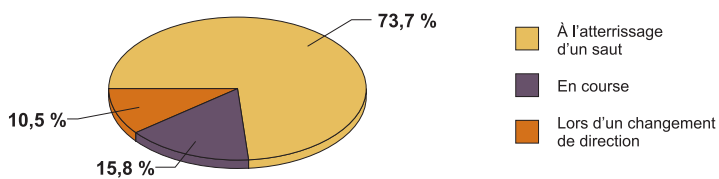
**Figure 16: Cause directe de la blessure au basketball consécutive à un contact (n = 26)**



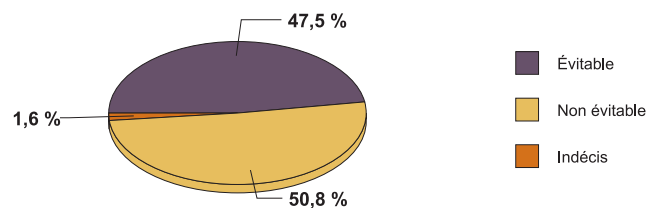
**Figure 17: Cause directe de la blessure au basketball non consécutive à un contact (n = 35)**



**Figure 18: Mécanisme de survenue de la blessure au basketball consécutive à un faux mouvement sans chute (n = 19)**



**Figure 19: Perception du caractère évitable de la blessure (n = 61)**





## 6. LIMITES ET DISCUSSION

Dans cette étude, le recrutement des sujets était effectué par le biais des employés de l'hôpital : ces derniers étaient généralement les commis inscripteurs de l'urgence ambulatoire pour les blessés légers et les infirmières des unités ciblées pour les victimes hospitalisées. Nous avons pu constater qu'il s'avérait extrêmement difficile de maintenir les recruteurs potentiels informés de l'existence de l'étude à mesure que le temps passait en raison du nombre élevé de personnes concernées sur deux quarts de travail ainsi que des nombreux changements dans le personnel en place. Cela explique en partie le grand nombre de victimes n'ayant pas été informées de l'étude. Pour les personnes hospitalisées, la brièveté du séjour peut constituer une autre explication. La conduite des entrevues auprès des personnes mineures n'a pas posé de difficultés particulières, les parents faisant preuve d'une très bonne collaboration après que les objectifs de l'étude leur étaient expliqués.

La section 5.2 a fait ressortir que les personnes hospitalisées sont sous-représentées parmi les répondants. Comme l'hospitalisation est habituellement requise lorsque les blessures sont plus sévères (tableau 7), il se peut que certaines informations recueillies dans l'étude (ex. : port d'équipements de protection, circonstances des blessures) correspondent moins bien à la réalité des blessures sévères. D'autre part, les 12-17 ans sont surreprésentés dans l'étude par rapport aux non-répondants. Le fait que l'adolescence est souvent associée à une plus grande période d'activité physique et de prise de risque a pu également affecter les résultats, notamment en ce qui a trait aux circonstances et aux mécanismes des blessures.

La mise en contexte de l'étude rappelle que le basketball est un sport d'équipe très populaire au Québec, notamment chez les jeunes. Les résultats mettent en lumière que les blessures consécutives à la pratique ne sont pas anodines. Ainsi, 59,0 % d'entre elles ont entraîné des limitations dans les activités de la vie quotidienne pour la victime, limitations qui ont souvent duré plus d'un mois. Par ailleurs, huit victimes (13 %) ont mentionné que la blessure s'était produite à la suite d'un coup reçu. Il serait intéressant de mieux comprendre dans quel contexte des coups peuvent se donner dans un sport où les contacts physiques sont restreints et de déterminer la proportion de ces événements qui sont intentionnels. Une telle connaissance pourrait conduire à des recommandations sur la bonification des règles de supervision et d'arbitrage.

Enfin, 83,3 % des blessures sont survenues dans le gymnase d'une école et 55,0 % des joueurs blessés faisaient partie d'une ligue organisée. En dépit du fait que le sport est très encadré, 47,5 % des répondants ont jugé que la blessure aurait pu être évitée. Ces observations confirment que la prévention a encore sa place. Les actions préventives devront par conséquent cibler les entraîneurs et les responsables des ligues.



## QU'EST-CE QUE LE SCHIRPT ?

Le **S**ystème **c**anadien **h**ospitalier d'information et de **r**echerche en **p**révention des traumatismes (SCHIRPT) est un système de collecte, de saisie et d'analyse de données sur la nature et les circonstances des traumatismes subis par les personnes traitées dans les salles d'urgence de 15 hôpitaux à travers le Canada. Au Québec, trois centres hospitaliers participent au SCHIRPT : l'Hôpital Sainte-Justine, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec.

À leur arrivée à la salle d'urgence, les victimes de traumatisme ou leur accompagnateur sont invitées à remplir un court questionnaire sur les circonstances de l'accident. Ces renseignements sont enrichis des observations médicales sur le diagnostic et le traitement. Cependant, le formulaire SCHIRPT n'est presque jamais présenté aux victimes de traumatismes plus sévères dont l'état nécessite le plus souvent une hospitalisation. Dans ces cas, on peut quand même accéder aux renseignements requis par le biais des entrées journalières du registre des traumatismes du centre hospitalier. Les données sont ensuite saisies et regroupées dans une base de données dénominalisées, opération effectuée par la section des blessures et de la violence envers les enfants de la Division de la surveillance de la santé et d'épidémiologie de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada. Les données peuvent alors être analysées localement sous différents aspects à l'aide du logiciel Access.

Ces données permettent aux chercheurs d'observer les profils d'occurrence des traumatismes et de déceler les situations à haut risque associées aux nouvelles tendances et aux nouveaux produits. Elles permettent enfin de planifier et d'évaluer des stratégies d'intervention ciblées en prévention des traumatismes telles que la publication d'avertissements, l'éducation du public ou l'appui à des retraits de produits de consommation peu sécuritaires et à des modifications de la législation.



L'équipe « Sécurité dans les milieux de vie » de la Direction régionale de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale coordonnait le SCHIRPT-HEJ au moment de l'étude.



## REMERCIEMENTS

L'accès aux données du SCHIRPT a été rendu possible grâce à la collaboration de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale. Trop nombreux pour être tous nommés, nous remercions aussi les membres du personnel de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus qui collaboraient à la collecte des données du SCHIRPT, en particulier les préposées à l'accueil du service des urgences et les archivistes de l'unité de recherche en traumatologie. Enfin, nous sommes particulièrement reconnaissants du soutien constant et chaleureux que nous ont apporté André Lavoie et D<sup>r</sup> Pierre Fréchette, respectivement chercheur responsable de l'unité de recherche en traumatologie et directeur adjoint des services professionnels de l'HEJ du CHA.

## PARTICIPATION FINANCIÈRE

Ce projet a été réalisé grâce à l'appui financier de deux organismes qui ont à cœur la prévention des traumatismes, soit la Direction de la promotion de la sécurité du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et l'Agence de la santé publique du Canada.





## Auteurs

Monique Rainville, INF., B.A.A., M. Sc.  
Sécurité et prévention des traumatismes  
Direction du développement des individus et des communautés  
Institut national de santé publique du Québec

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

Benoit Tremblay, M. A., responsable de la recherche  
Direction de la promotion de la sécurité  
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Pierre Maurice, M. D., M.B.A., FRCPC, chef d'unité scientifique  
Sécurité et prévention des traumatismes  
Direction du développement des individus et des communautés  
Institut national de santé publique du Québec

## Techniciennes de recherche

Mélanie Tessier  
Institut national de santé publique du Québec

Marie-Ève O'Reilly-Fromentin, B. K.  
Université Laval

## BLESSURES EN BASKETBALL

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 2<sup>e</sup> TRIMESTRE 2010  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-57778-2 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-57779-9 (PDF)  
© Gouvernement du Québec (2010)