

Préface

« La diminution du nombre de traumatismes chez les jeunes exige une approche coordonnée dans trois domaines d'intervention : l'éducation, l'ingénierie et la mise à exécution des règlements et des lois. L'évaluation est la touche finale de cette approche, puisqu'elle fournit des données sur les stratégies les plus efficaces. Les méthodes d'intervention doivent être multidisciplinaires pour réduire à la fois le risque et la gravité qui leur sont associés.

Aucun organisme ne peut prétendre à lui seul diminuer le nombre de traumatismes. C'est pourquoi l'action collective doit viser les trois domaines d'intervention ciblés. » (Bégin, 2010, p. 3)

Le présent document propose aux CSSS, pour l'année 2011-2012 et les suivantes, des cibles d'action prioritaires pour le domaine d'intervention *Les traumatismes non intentionnels* (TNI) issues du *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012* (Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2009).

Les cibles d'action proposées pour prévenir les traumatismes ou les blessures ont fait l'objet d'un échange avec les gestionnaires locaux des CSSS pour les clientèles 5-17 ans, le 14 juin 2011.

Depuis l'an 2000, l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière soutient les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les organismes communautaires Famille (OCF) dans la mise en place d'activités de prévention des traumatismes chez les jeunes âgés de moins de 18 ans. Ce soutien se fait dans le cadre d'une allocation budgétaire dédiée à ce domaine d'intervention et en offrant, au besoin, de la formation, des outils de promotion et d'intervention et une expertise-conseil (Bégin, 2010)².

Bonne réflexion et bon échange!

Claude Bégin



Dans ce numéro :

Préface	1
Des cibles d'action basées sur les données probantes et les bonnes pratiques	2
Une définition des bonnes pratiques en prévention des blessures	2
Approches de bonnes pratiques visant à prévenir les blessures chez les enfants	3
Concentrer nos efforts sur les bonnes pratiques fondées sur les faits	4
Propositions de cibles d'action prioritaires	4
Références bibliographiques	14

Des cibles d'action basées sur les données probantes et les bonnes pratiques

« Les blessures sont prévisibles et peuvent être évitées. Les études ont indiqué que certaines pratiques permettent d'éviter les décès et l'invalidité causés par les blessures, le plus souvent grâce à une approche exhaustive composée de mesures d'éducation, d'ingénierie et d'application. Des mesures doivent être prises pour adopter et mettre en œuvre ce qui s'est révélé être efficace, à savoir les bonnes pratiques fondées sur les faits, tout en reconnaissant l'interaction entre les individus, les communautés, les politiques et l'environnement physique.

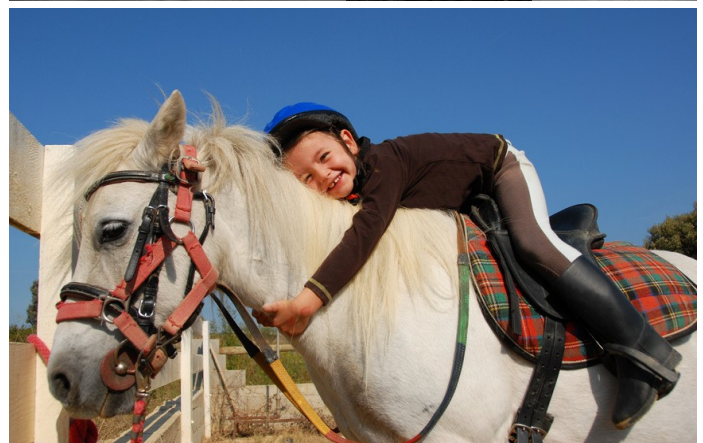
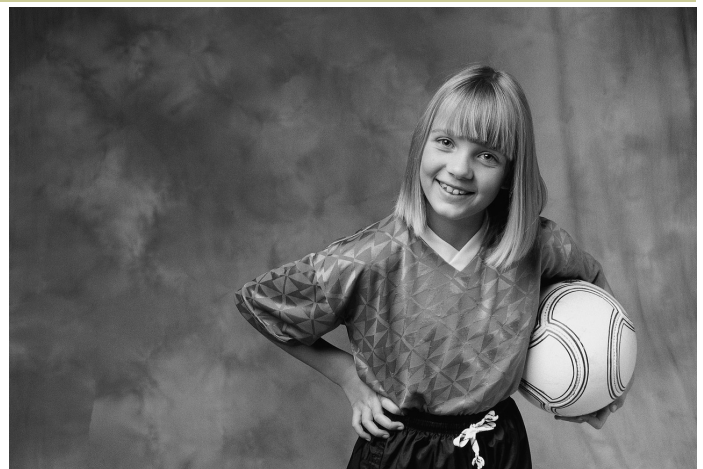
Des données probantes concernant le rapport coût-efficacité existent également pour plusieurs de ces stratégies fondées sur les bonnes pratiques; elles fournissent donc une occasion importante de sauver des vies et d'économiser de l'argent. Par exemple,

1 \$ dépensé sur des détecteurs de fumée permet d'économiser 15 \$;
 1 \$ dépensé sur un casque de cycliste permet d'économiser 30 \$;
 1 \$ dépensé sur un siège d'auto pour enfants permet d'économiser 31 \$;
 1 \$ dépensé sur des améliorations à la sécurité routière permet d'économiser 102 \$, et
 1 \$ dépensé sur l'éducation sur la prévention faite par les pédiatres permet d'économiser 10 \$. » (World Health Organization et UNICEF, 2008, dans Mackay et coll., 2011, p. 8)

Une définition des bonnes pratiques en prévention des blessures

Aux fins du présent document, nous reprenons la définition des « bonnes pratiques » émises par SécuritéJeunes Canada. Elles sont définies comme suit :

- « Une stratégie de prévention qui a été évaluée et dont l'efficacité a été avérée (soit par l'entremise d'un examen systématique ou au moins par une évaluation rigoureuse), OU
- Une stratégie de prévention pour laquelle une évaluation rigoureuse est difficile, mais dont la pratique est appuyée par l'opinion d'experts et les données indiquent que la stratégie est efficace (p. ex., le recours aux vêtements de flottaison individuels [VFI] pour prévenir les noyades, OU
- Une stratégie de prévention pour laquelle une évaluation rigoureuse est difficile, mais dont la pratique est appuyée par l'opinion d'experts et il existe un lien clair entre la stratégie et une réduction du risque, mais un lien moins clair entre la stratégie et la réduction des blessures (p. ex., l'entreposage de poisons en lieu sûr), ET
- La stratégie en question a été mise en œuvre dans un environnement réel, afin que la faisabilité de l'intervention puisse également être examinée. » (Mackay et coll., 2011, p. 2)



Approches de bonnes pratiques visant à prévenir les blessures chez les enfants

« Lorsque des approches larges de la prévention des blessures et de la promotion de la sécurité chez les enfants sont examinées, on en compte sept qui présentent des stratégies éprouvées ou prometteuses.

1) Modification de l'environnement ...Une modification de l'environnement, afin de rendre ce monde plus convivial pour les enfants ou pour les parents, est une approche acceptée de la réduction du risque qui peut avoir un impact favorable sur tout le monde. Ces stratégies sont surtout efficaces lorsqu'elles sont utilisées en combinaison avec des lois et des activités d'éducation...

2) Modification des produits ...La modification des produits est un mécanisme plus passif que la supervision active par les adultes visant à réduire le risque lié à certains produits. Ces stratégies deviennent également plus efficaces lorsqu'elles sont utilisées conjointement avec des lois et des activités d'éducation...

3) Législation, réglementation et application ...la législation s'est avérée l'arme la plus puissante dans l'arsenal de prévention des blessures. (9) La législation est surtout efficace lorsqu'elle est appliquée et utilisée conjointement avec la modification des produits ou de l'environnement et des activités d'éducation...

4) Promotion de l'utilisation de dispositifs de sécurité ...on fait la promotion de dispositifs de sécurité afin de réduire le risque de blessures ou de minimiser l'impact en cas de blessure...

5) Visites de soutien à domicile pour les parents de jeunes enfants ...bien que des évaluations supplémentaires soient requises concernant les visites de soutien à domicile, les premières études ont révélé que cette approche produisait généralement des résultats positifs. Les visites de soutien à domicile sont particulièrement efficaces si l'information fournie est adaptée à l'âge de l'enfant et les visites sont combinées avec la remise d'équipement de sécurité gratuit et des campagnes promotionnelles plus larges...

6) Interventions communautaires ...ces interventions, axées sur le changement des valeurs et des comportements dans la communauté et sur la modification de l'environnement physique dans les communautés afin de réduire le risque de blessure, peuvent être particulièrement pertinentes pour les enfants, car les interventions s'adressent souvent à la sensibilisation, les attitudes et les comportements relatifs à la sécurité des parents et des enfants...

7) Éducation et perfectionnement des compétences ...l'efficacité des programmes d'éducation et de perfectionnement des compétences pris individuellement est controversée, et les preuves manquent souvent. Toutefois, s'ils sont bien conçus et tiennent compte de la population cible, ou s'ils sont utilisés en combinaison avec d'autres stratégies, comme la législation ou les modifications de l'environnement ou des produits, les programmes d'éducation et de perfectionnement des compétences peuvent s'avérer efficaces... » (Mackay et coll., 2011, p. 5)



Concentrer nos efforts sur les bonnes pratiques fondées sur les faits



Le transfert des connaissances peut se produire avec les pratiques efficaces comme avec les pratiques inefficaces, et de nombreuses stratégies inefficaces continuent d'être mises en pratique partout au Canada, en dépit des observations qui indiquent qu'elles ne constituent pas la meilleure utilisation des ressources.

Par exemple, en tant que stratégie d'éducation pour réduire les blessures liées au cyclisme, les foires de trucs à bicyclette ou « rodéos » ne sont pas efficaces et, à titre de stratégie isolée, ne sont pas considérées comme une bonne pratique. Lorsqu'on la combine avec des remises de casques ou une offre de casques subventionnés, cette intervention a présenté des résultats plus positifs, mais malgré cela, elle continue d'être présentée en isolation.

Dans l'environnement actuel, où les ressources sont limitées et les enjeux contradictoires, la communauté de prévention de blessures doit veiller à ce que les ressources et les efforts existants soient orientés vers des bonnes pratiques fondées sur les faits. Elle doit également veiller à étudier et comprendre systématiquement pourquoi les stratégies fonctionnent dans un cadre ou contexte mais pas dans un autre, et elle doit apprendre comment transférer la bonne pratique vers d'autres cadres ou contextes de façon efficace. Si l'adoption de bonnes pratiques fondées sur les faits ne devient pas une priorité pour la communauté de prévention des blessures, les décideurs continueront de consacrer des ressources à des stratégies qui ne finissent pas par réduire le fardeau des blessures chez les enfants. » (Mackay et coll., 2011, p. 6)

Proposition de cibles d'action prioritaires

Les cibles d'action prioritaires proposées se basent sur les « bonnes pratiques » relatives à la sécurité des enfants dans la prévention des blessures accidentelles et la promotion de la sécurité. Le choix des cibles d'action repose également sur le contenu des documents suivants :

- Les cibles découlent des actions régionales ciblées par le PAR 2009-2012 pour le domaine des TNI (Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, sous la direction de Laurent Marcoux, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009. http://www.agencelanaudiere.qc.ca/ASSS/Publications/03_04%20-%20Les%20traumatismes%20non-intentionnels.pdf);
- Les cibles s'inscrivent dans la perspective du document *Prévenir les traumatismes chez les jeunes. Recueil à l'intention des intervenants et des gestionnaires* (Bégin C, Joliette, Direction de santé publique et d'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2010. <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/ASSS/Publications/Jeunes%20CSSS-OCF%20Recueil%20Prevention%20Traumatismes%202010-05-17.pdf>);
- Les cibles s'appuient sur le *Guide des bonnes pratiques relatives à la sécurité des enfants : Bons investissements dans la prévention des blessures accidentelles chez les enfants et la promotion de la sécurité - édition canadienne*. (MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Towner L, Fuselli P, Toronto : The Hospital for Sick Children, 2011. <http://www.safekidscanada.ca/Professionnels/Documents/35505-GuideBonnesPratiques.pdf>);
- Les cibles considèrent la synthèse des recommandations de la fiche *Environnements et comportements sécuritaires : prévention des traumatismes non intentionnels* du document *Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire. Synthèse des recommandations* (Palluy J, Arcand L, Choinière C, Martin C, Roberge M-C, Québec, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2010. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1065_ReussiteEducativSanteBienEtre.pdf).

Les cibles d'actions prioritaires ont été choisies sur la base des principales causes de mortalité et d'hospitalisation par traumatisme non intentionnels chez les 5 à 17 ans (Tableau 1). Il s'agit de la prévention des traumatismes routiers et des chutes et blessures à domicile.

Les cibles d'action prioritaires sont en lien avec les résultats attendus identifiés par le plan d'action régional (PAR) (tableau 2). Elles sont présentées par groupe d'âge correspondant aux clientèles des CSSS de la région de Lanaudière et selon la clientèle visée et les partenaires potentiels.

Les activités issues des actions ciblées restent à déterminer. Leur identification et leur réalisation doivent découler des bonnes pratiques identifiées par la thématique et considérer les éléments de faisabilité de l'intervention :

- Nombre de ressources requises, disponibles et allouées (ex. : nombre d'heures);
- Intensité de l'intervention (ex. : nombre de fois dans l'année, répétition, fréquence);
- Durée de l'intervention (ex. : pendant une semaine, quelques mois, toute l'année);
- Lieu de l'intervention (ex. : à l'école, au domicile, dans la communauté).

Les autres catégories relatives à la prévention des traumatismes chez les enfants et les jeunes de moins de 18 ans sont présentées à titre indicatif à la fin du document. Il s'agit des bonnes pratiques liées à la prévention des brûlures et des échaudures, de l'empoisonnement, de l'étranglement ou de la suffocation, ainsi qu'à la sécurité générale à la maison. Ces catégories de traumatismes génèrent moins de décès et d'hospitalisations, bien qu'elles soient à la source de blessures mineures pouvant mener à une consultation médicale en cabinet privé ou auprès de services d'urgence.



TABLEAU 1 PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ ET D'HOSPITALISATION PAR TRAUMATISME NON INTENTIONNEL CHEZ LES MOINS DE 18 ANS, LE QUÉBEC ET LANAUDIÈRE

Le Québec	Principales causes de mortalité (2004 à 2007)			Principales causes d'hospitalisation (2006-2007 à 2009-2010)		
	1 ^{re} cause	2 ^e cause	3 ^e cause	1 ^{re} cause	2 ^e cause	3 ^e cause
Moins de 1an	Suffocation (72,4 %)	OVM (13,8 %)	Chute, intoxication (ex aequo : 3,4 %)	Chute (62,8 %)	Suffocation (8,8 %)	Incendie (4,4 %)
1 à 4 ans	Noyade (33,9 %)	OVM (13,6 %)	Suffocation, incendie (ex aequo : 11,9 %)	Chute (40,4 %)	Intoxication (15,2 %)	Suffocation (8,7 %)
5 à 9 ans	OVM (23,0 %)	Piéton (19,7 %)	Incendie (14,8 %)	Chute (51,5 %)	Cycliste (8,9 %)	Suffocation (4,1 %)
10 à 14 ans	OVM (20,0 %)	Piéton (14,1 %)	Cycliste, Noyade, Suffocation (ex aequo : 10,6 %)	Chute (41,1 %)	Cycliste (10,7 %)	OVTT (4,4 %)
15 à 17 ans	OVM (50,6 %)	Motocycliste (8,4 %)	Piéton (6,2 %)	Chute (27,9 %)	OVM (12,8 %)	Motocycliste (7,5 %)
0 à 17 ans	OVM (32,3 %)	Suffocation (10,9 %)	Noyade (10,4 %)	Chute (41,9 %)	Cycliste (6,6 %)	OVM (4,9 %)
Lanaudière	1 ^{re} cause	2 ^e cause	3 ^e cause	1 ^{re} cause	2 ^e cause	3 ^e cause
Moins de 1an	Suffocation (100,0 %)			Chute (66,1 %)	Suffocation (13,7 %)	Incendie (3,2 %)
1 à 4 ans	Noyade (50,0 %)	OVM (16,7 %)		Chute (40,8 %)	Intoxication (19,9 %)	Suffocation (5,4 %)
5 à 9 ans	Piéton, OVM (ex aequo : 33,3 %)	Incendie (16,7 %)		Chute (47,5 %)	Cycliste (10,0 %)	OVM (7,4 %)
10 à 14 ans	Cycliste, OVM, Suffocation, Incendie (ex aequo : 20,0 %)	Piéton, Noyade (ex aequo : 10,0 %)		Chute (41,7 %)	Cycliste (13,1 %)	OVTT (5,6 %)
15 à 17 ans	OVM (50,0 %)	Chute (14,3 %)	Piéton, Cycliste, Motocycliste, Incendie (ex aequo : 7,1 %)	Chute (29,9 %)	OVM (15,5 %)	Motocycliste (9,4 %)
0 à 17 ans	OVM (30,8 %)	Suffocation (12,8 %)	Piéton, Noyade, Incendie (ex aequo : 10,3 %)	Chute (42,6 %)	Cycliste (6,9 %)	OVM (6,4 %)
Incendies : Incluant les brûlures.		OVM : Occupant d'un véhicule à moteur.			Suffocations : Incluant les corps étrangers.	
Noyades : Incluant les submersions.		OVTT : Occupant d'un véhicule tout-terrain.				

Basé sur les regroupements de l'infocentre et ceux du document *La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes québécois de moins de 20 ans* (Gagné, 2006, p. 15).

Source : MSSS, Fichier Décès, 2004 à 2007; MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2009-2010.

TABLEAU 2 CIBLES D'ACTION PRIORITAIRES POUR PRÉVENIR LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNEL CHEZ LES MOINS DE 18 ANS

2.1 LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ROUTIERS			
Résultat attendu du PAR (No 38) : Action régionale 38.1		Qu'au moins 850 enfants âgés de moins de 10 ans soient rejoints annuellement lors d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures.	
Résultat attendu du PAR (No 39) : Action régionale 39.2 et 39.4		Que des activités de promotion de l'application de mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière soient réalisées sur demande.	
<p>2.1.1 Bonnes pratiques sur la sécurité des occupants de véhicules à moteur</p> <p>« Le fait d'attacher les enfants en voiture entraîne des réductions du nombre de décès et de blessures. La position la plus sécuritaire pour les enfants est à l'arrière, qu'un coussin gonflable soit présent à l'avant ou pas. Les lois sur les sièges d'auto sécuritaires pour les enfants entraînent une augmentation de leur utilisation perçue. Les interventions communautaires combinant la diffusion d'informations sur la sécurité des sièges d'auto avec des campagnes d'application améliorées entraînent une utilisation accrue. Les interventions communautaires combinant la distribution de harnais d'auto pour enfants, des programmes de prêt ou des mesures d'incitation avec des programmes d'éducation entraînent une augmentation de l'utilisation. Les ceintures de sécurité entraînent des réductions du nombre de décès et de blessures. Les lois exigeant le port de la ceinture de sécurité par les enfants plus âgés ont entraîné une augmentation de leur utilisation. » (Mackay et coll., 2011, p. 9)</p>			
Groupe d'âge	Action ciblée	Clientèle visée	Partenaires potentiels
0-4 ans	Réaliser des activités de vérification des sièges pour nouveau-né et des sièges d'enfant : <ul style="list-style-type: none"> Visites pré et post natales; Visites pour les SIPPE; Cliniques de vaccination; Sur demande avec rendez-vous, au CSSS. 	Enfants Famille Communauté	CAA Québec CPE Corps de police municipaux et SQ OC Famille Services de garde en milieu familial
5-12 ans	Réaliser des activités de vérification des sièges d'enfant, des sièges d'appoint et du port de la ceinture de sécurité (7-9 ans selon critères de la SAAQ et CAA) : <ul style="list-style-type: none"> Sur demande avec rendez-vous, au CSSS. 	Jeunes Famille Communauté	CAA Québec Corps de police municipaux et SQ Écoles primaires OC Famille Services de garde en milieu scolaire

2. Les bonnes pratiques sont tirées du Guide des bonnes pratiques relatives à la sécurité des enfants (SafeKIDS Canada, 2011).

3. Les actions ciblées doivent découler des bonnes pratiques identifiées par la thématique.

2.1.1 Bonnes pratiques sur la sécurité des occupants de véhicules à moteur (suite)			
Groupe d'âge	Action ciblée	Clientèle visée	Partenaires potentiels
12-17 ans	Réaliser des activités de promotion ou de vérification du port de la ceinture de sécurité.	Jeunes Famille Communauté	Corps de police municipaux et SQ Écoles secondaires Maison de jeunes SAAQ
15-17 ans	Réaliser des activités de prévention favorisant le contrôle de la vitesse et la réduction de la conduite avec facultés affaiblies (bal des finissants, « contrat pour la vie »).	Jeunes Famille Communauté	Corps de police municipaux et SQ Écoles secondaires Maison de jeunes SAAQ
2.1.2 Bonnes pratiques sur la sécurité des cyclistes			
<p>« Le port du casque de cycliste entraîne une réduction des blessures. Des solutions d'ingénierie à l'échelle du quartier et des mesures de modération de la circulation entraînent une réduction du nombre de blessures chez les enfants cyclistes et sont économiques. Les solutions d'ingénierie à l'échelle du quartier visant à réduire le risque pour les cyclistes (y compris les pistes cyclables et les bandes cyclables) peuvent entraîner une réduction du nombre de blessures. Les programmes communautaires d'éducation et de défense des intérêts concernant le port du casque chez les enfants entraînent une augmentation du port du casque. Une formation en compétences cyclistes semble prometteuse pour augmenter les connaissances et améliorer les compétences de cycliste observées chez les enfants qui ont suivi une telle formation. À l'heure actuelle, aucune étude ne permet d'établir un lien direct entre la formation en compétences et la réduction des blessures.» (Mackay et coll., 2011, p. 11)</p>			
Groupe d'âge	Action ciblée	Clientèle visée	Partenaires potentiels
0-4 ans	Réaliser des activités de promotion sur le port du casque pour les cyclistes : <ul style="list-style-type: none"> • Visites post natales; • Visites pour les SIPPE; • Cliniques de vaccination. 	Enfants Famille Communauté	CPE Corps de police municipaux et SQ OC Famille Services de garde en milieu familial

4. Les actions ciblées doivent découler des bonnes pratiques identifiées par la thématique.

2.1.2 Bonnes pratiques sur la sécurité des cyclistes (suite)

Groupe d'âge	Action ciblée	Clientèle visée	Partenaires potentiels
5-12 ans	Réaliser des activités favorisant le port du casque pour les cyclistes et la pratique sécuritaire du vélo.	Jeunes Famille Communauté	Corps de police municipaux et SQ Écoles primaires OC Famille SAAQ Services de garde en milieu scolaire
12-17 ans	Réaliser des activités de promotion sur le port du casque pour les cyclistes et la pratique sécuritaire du vélo.	Jeunes Famille Communauté	Corps de police municipaux et SQ Écoles secondaires Maison de jeunes SAAQ Services de garde en milieu scolaire
0-17 ans	Réaliser des interventions auprès des municipalités pour des mesures de modération de la circulation et des aménagements cyclables sécuritaires.	Communauté	Corps de police municipaux et SQ Écoles primaires et secondaires Maison de jeunes MTQ Municipalités Regroupements locaux de partenaires SAAQ



2.2 LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DES CHUTES ET DES BLESSURES À DOMICILE

Résultat attendu du PAR (No 40) : Action régionale 40.1	Qu'au moins 3 000 jeunes âgés de moins de 18 ans soient rejoints, annuellement, lors d'activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile.
Résultat attendu du PAR (No 43) : Action régionale 43.1	Que des activités de promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle des environnements domiciliaires afin de prévenir les blessures à domicile soient réalisées sur demande.
Résultat attendu du PAR (No 44) : Action régionale 44.1	Que des activités de promotion de l'application de la norme de sécurité existante concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux auprès des municipalités et des écoles soient réalisées sur demande.

2.2.1 Bonnes pratiques sur la prévention des chutes chez les jeunes

« Les mécanismes de sécurité qui empêchent les enfants d'ouvrir les fenêtres, comme les barreaux et les dispositifs de verrouillage en place, sont une stratégie efficace pour la prévention des chutes. Il a été démontré que les barrières pour escalier aident à réduire les chutes des enfants dans les escaliers lorsqu'elles sont installées en haut des escaliers des maisons. Les revêtements de sable ou de copeaux de bois ayant une épaisseur entre 23 et 31 cm (9 à 12 po) peuvent être recommandés comme stratégie efficace de prévention des blessures associées à l'équipement de terrain de jeux. La hauteur optimale de l'équipement permettant de réduire le risque de traumatisme crânien est de 1,5 m (5 pi). Les lois interdisant l'utilisation des marchettes permettent d'éliminer une partie plus importante du risque existant que la supervision parentale. La mise en application de normes nécessitant une profondeur sécuritaire pour des types spécifiques de revêtements et l'entretien régulier de ces matériaux est plus efficace que les normes à elles seules pour la réduction des blessures liées à l'équipement de terrain de jeux. Les programmes d'éducation qui encouragent le recours à des dispositifs de prévention des chutes, comme des mécanismes de sécurité sur les fenêtres afin d'empêcher les enfants d'ouvrir les fenêtres ou de tomber dans l'escalier permettent d'augmenter l'utilisation de l'équipement. » (Mackay et coll., 2011, p. 14)

Groupe d'âge	Action ciblée	Clientèle visée	Partenaires potentiels
0-4 ans	Réaliser des activités de sensibilisation sur l'installation de barrières de sécurité dans les escaliers : <ul style="list-style-type: none"> • Visites pré et post natales; • Visites pour les SIPPE; • Cliniques de vaccination. 	Famille Communauté	OC Famille

2.2.1 Bonnes pratiques sur la prévention des chutes chez les jeunes (suite)

Groupe d'âge	Action ciblée	Cible visée	Partenaires potentiels
0-4 ans (suite)	Réaliser des activités de promotion ou de vérification sur la sécurité des aires et des appareils de jeu : <ul style="list-style-type: none"> • Visites pré et post natales; • Visites pour les SIPPE; • Cliniques de vaccination. 	Famille Communauté	CPE Municipalités OC Famille Services de garde en milieu familial
5-12 ans	Réaliser des activités de promotion ou de vérification sur la sécurité des aires et des appareils de jeu : <ul style="list-style-type: none"> • Cliniques de vaccination. 	Jeunes Famille Communauté	Municipalités Écoles primaires
	Réaliser des activités de sensibilisation sur la sécurité dans les sports non encadrés et lors de sorties éducatives.	Jeunes Famille Communauté	Écoles primaires Centres d'activités récréatives ou sportives (ski, patins, glissade sur tube) Camps de jour et camps de vacances
12-14 ans	Réaliser des activités de sensibilisation sur la sécurité dans les sports non encadrés et les sorties éducatives.	Jeunes Famille Communauté	Écoles secondaires Centres d'activités récréatives ou sportives (ski, patins, glissade sur tube) Camps de jour et camps de vacances Maison de jeunes

2.2.2 Bonnes pratiques sur la sécurité aquatique des jeunes

« Selon les experts, le port d'un vêtement de flottaison individuel (VFI) lors de la navigation de plaisance et les autres activités récréatives sur l'eau est une stratégie recommandée pour la prévention des noyades.

Selon les experts, les pancartes claires et simples présentant des comportements sécuritaires constituent une stratégie importante pour la prévention des noyades.

Les lois nécessitant une clôture d'isolation avec des barrières solides à verrouillage automatique pour toutes les piscines, publiques, semi-privées et privées, y compris les nouvelles piscines et les piscines existantes, entraînent une réduction du nombre de décès lorsque des dispositions relatives à l'application y sont incluses.

Les normes de sécurité pour les piscines peuvent entraîner une réduction des noyades.

Les sauveteurs, lorsqu'ils sont qualifiés, formés et équipés convenablement et disponibles en nombre suffisant, semblent être une stratégie efficace de prévention des noyades.

L'éducation/le plaidoyer communautaire concernant le port des VFI entraîne une augmentation de son utilisation.

Une formation en sécurité nautique (y compris des leçons de natation) permet d'améliorer les compétences en natation.» (Mackay et coll., 2011, p. 12-13)

2.2.2 Bonnes pratiques sur la sécurité aquatique des jeunes (suite)

Groupe d'âge	Action ciblée	Clientèle visée	Partenaires potentiels
0-4 ans	Réaliser des activités de sensibilisation sur la sécurité lors du bain des enfants : <ul style="list-style-type: none"> • Visites pré et post natales; • Visites pour les SIPPE; • Cliniques de vaccination. 	Famille	OC Famille
	Réaliser des activités de sensibilisation sur le nouveau règlement sur la sécurité des piscines résidentielles : <ul style="list-style-type: none"> • Visites pour les SIPPE; • Cliniques de vaccination. 	Famille Communauté	Municipalités OC Famille Société de sauvetage
5-12 ans	Réaliser des activités de sensibilisation sur la sécurité lors de la baignade ou d'activités sur l'eau (lac et rivière): <ul style="list-style-type: none"> • Cliniques de vaccination. 	Jeunes Famille Communauté	Municipalités OC Famille Société de sauvetage Sociétés de parcs récréatifs
	Réaliser des activités de sensibilisation sur le nouveau règlement sur la sécurité des piscines résidentielles : <ul style="list-style-type: none"> • Cliniques de vaccination. 	Jeunes Famille Communauté	Municipalités OC Famille Société de sauvetage
12-14 ans	Réaliser des activités de sensibilisation sur la sécurité lors de la baignade ou d'activités sur l'eau (lac et rivière): <ul style="list-style-type: none"> • Cliniques de vaccination. 	Jeunes Famille Communauté	Maison de jeunes Municipalités Société de sauvetage Sociétés de parcs récréatifs
0-17 ans	Réaliser des activités de sensibilisation sur le port du vêtement de flottaison individuel (VFI) : <ul style="list-style-type: none"> • Visites pré et post natales; • Visites pour les SIPPE; • Cliniques de vaccination. 	Jeunes Famille Communauté	Maison de jeunes Municipalités OC Famille Société de sauvetage Sociétés de parcs récréatifs

2.3 Bonnes pratiques sur la prévention des brûlures et des échaudures chez les jeunes

« Les modifications des produits, particulièrement les briquets à l'épreuve des enfants, les barrières pour foyer et les cigarettes auto-extinguibles, sont des stratégies de prévention primaires lorsque les technologies ont été mises au point et essayées, leur efficacité a été avérée et elles empêcheraient de nombreux incendies de se déclarer si elles étaient adoptées.

Les lois réglementant la température de l'eau chaude sortant des robinets de la maison sont efficaces pour réduire les échaudures.

Les lois exigeant que la température des chauffe-eau soit pré réglée à un niveau sécuritaire (49 °C) se sont avérées plus efficaces pour la réduction des échaudures que l'éducation visant à encourager les parents à abaisser la température du chauffe-eau.

Les lois exigeant que des détecteurs de fumée soient installés dans les nouveaux logements et les logements existants, combinés avec des campagnes communautaires à plusieurs aspects et des coupons-rabais, constituent une méthode efficace d'augmenter l'utilisation des détecteurs de fumée.

Lorsqu'elles sont appliquées, les lois réglementant l'inflammabilité des vêtements de nuit sont efficaces pour la réduction des brûlures.

Les lois interdisant la fabrication et la vente de feux d'artifice, combinées avec leur application, constituent la meilleure façon de réduire les quantités disponibles. À l'heure actuelle, aucune étude ne permet d'établir un lien direct entre une restriction des quantités disponibles et une réduction des blessures.

Les programmes de remise de détecteurs de fumée se sont avérés efficaces lorsque les quartiers à risque élevé sont ciblés et lorsque des campagnes communautaires à plusieurs facettes ont comme objectif spécifique l'installation de détecteurs de fumée en bon état de fonctionnement.

Les programmes d'éducation/de plaidoyer concernant les feux d'artifice sont utiles comme efforts supplémentaires et peuvent servir à développer un soutien pour une loi.

Une formation en compétences en sécurité-incendie permet d'augmenter les connaissances et d'améliorer le comportement des enfants comme des parents... À l'heure actuelle, aucune étude ne permet d'établir un lien direct entre la formation et une réduction des blessures. » (Mackay et coll., 2011, p. 15-16)

2.4 Bonnes pratiques sur la prévention de l'empoisonnement chez les jeunes

« Un lieu de rangement sécurisé pour les poisons permet d'éliminer une partie plus importante du risque d'empoisonnement que la supervision parentale et peut constituer un moyen efficace d'éviter les empoisonnements.

L'adoption de lois sur le conditionnement à l'épreuve des enfants permet de réduire l'incidence d'empoisonnement.

Les centres antipoison permettent de générer des économies médicales considérables si le public est bien renseigné concernant le recours à ceux-ci. » (Mackay et coll., 2011, p. 17)

2.5 Bonnes pratiques sur la prévention de l'étranglement et la suffocation chez les jeunes

« La modification des produits grâce aux lois élimine de façon permanente une partie plus importante du risque existant d'étranglement/de suffocation que la supervision parentale et est recommandée pour la conception sécuritaire des lits de bébé et des autres risques de piégeage.

La réglementation/l'interdiction de produits grâce aux lois élimine de façon permanente une partie plus importante du risque existant d'étranglement/de suffocation que la supervision parentale.

Les lois qui exigent que les étiquettes d'avertissement posées sur les produits incluent une explication du danger particulier sont plus efficaces que les étiquettes non spécifiques. » (Mackay et coll., 2011, p. 18)

2.6 Bonnes pratiques sur la sécurité générale à la maison chez les jeunes

« Les codes du bâtiment non volontaires pour les nouveaux logements (normes légales visant à aborder les risques associés aux chutes, aux blessures causées par les incendies, aux autres blessures thermiques, aux collisions, au piéage, au piégeage, aux coupures et aux perforations, à la noyade, à l'électrocution et à l'empoisonnement [c.-à-d. armoire verrouillable]) entraînent une réduction de l'exposition des enfants aux dangers.

Les codes du bâtiment non volontaires pour les logements existants (normes légales visant à aborder les risques associés aux chutes, aux blessures causées par les incendies, aux autres blessures thermiques, aux collisions, au piéage, aux coupures et aux perforations, à la noyade, à l'électrocution et à l'empoisonnement [c.-à-d. armoire verrouillable]) entraînent une réduction de l'exposition des enfants aux dangers.

Les conseils relatifs à la sécurité à la maison (pour résoudre des problèmes tels que l'installation de barreaux dans les fenêtres, de barrières pour escalier, d'autres équipements de sécurité à la maison et pour empêcher l'utilisation de marchettes, de sièges de bain et d'autres équipements qui entraînent un risque de blessure) peuvent réduire le risque de blessure chez les enfants.

Le soutien social à domicile, comme les programmes de visites à domicile pour les nouvelles mères, a le potentiel de réduire considérablement les risques de blessures chez les enfants.

Il existe des preuves indirectes que l'éducation/les conseils au niveau individuel dans le cadre clinique sont des mesures efficaces permettant de réduire bon nombre de blessures accidentelles chez les enfants.

Les programmes scolaires d'éducation sur la prévention des blessures pourraient faire augmenter les connaissances et le comportement ayant trait à la sécurité.

Les approches interactives de l'éducation et de la formation ont un impact important sur la connaissance, les attitudes et les comportements relatifs à la sécurité des enfants. » (Mackay et coll., 2011, p. 19-20)

Références bibliographiques

1. Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, sous la direction de Laurent Marcoux, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009, 234 p.
2. Bégin, C. *Prévenir les traumatismes chez les jeunes. Recueil à l'intention des intervenants et des gestionnaires*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service prévention-promotion, 2010, 36 p.
3. MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Townner L, Fuselli P. *Guide des bonnes pratiques relatives à la sécurité des enfants : Bons investissements dans la prévention des blessures accidentelles chez les enfants et la promotion de la sécurité - édition canadienne*, Toronto, The Hospital for Sick Children, 2011, 70 p.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Fichier des décès, 2004 à 2007; Fichier MED-ÉCHO, 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2010. Compilation : Direction de santé publique et d'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux, juillet 2011.
5. Palluy J, Arcand L, Choinière C, Martin C, Roberge M-C. *Environnements et comportements sécuritaires : prévention des traumatismes non intentionnels du document Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire. Synthèse des recommandations*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2010, pages multiples.
6. World Health Organization. *World report on child injury prevention : Summary*. Genève : World Health Organization, UNICEF; 2008, dans Mackay et coll., 2011, p. 8.

AUTEUR**Claude Bégin**

Direction de santé publique
Service prévention-promotion
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

COLLABORATION**Josée Payette**

Direction de santé publique
Service de surveillance, recherche et évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

MISE EN PAGE**Josée Charron**

Direction de santé publique
Service prévention-promotion
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Ce document est disponible en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière au www.agencelanaudiere.qc.ca

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
245, rue du Curé-Majeau, Joliette (Québec) J6E 8S8
Téléphone : 450 759-1157 ou, sans frais, 1 800 668-9229

Les informations contenues dans ce document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source. Référence suggérée :

BÉGIN, C. *Prévenir les traumatismes chez les jeunes. Proposition de cibles d'action prioritaires pour les CSSS*. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service prévention-promotion, mars 2012, 16 p.

Sauf indication contraire, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toutes les photos insérées dans ce document proviennent des sites Clipart et iStockphoto.

Dépôt légal :

ISBN : 978-2-89669-080-0 (version imprimée)
978-2-89669-081-7 (PDF)

Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Premier trimestre 2012

Première édition : Mars 2012



Direction de santé publique
Agence de la santé et des
services sociaux de Lanaudière
245, rue du Curé Majeau
Joliette (Québec) J6E 8S8
Téléphone : 450 759-1157
ou, sans frais, 1 800 668-9229,
poste 4427
www.agencelanaudiere.qc.ca



Le présent document est une publication du Service prévention-promotion de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Ses auteurs souhaitent contribuer à l'amélioration des connaissances liées à la prévention des traumatismes chez les jeunes âgés de moins de 18 ans.

Retrouvez-nous sur le Web à
www.agencelanaudiere.qc.ca



Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière

Québec

