

Safe
KIDS
CANADA

Sécuri
JEUNES
CANADA

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

EUROPEAN
child
SAFETY ALLIANCE





SécuritéJeunes Canada

180, rue Dundas Ouest, bureau 2105

Toronto (Ontario) M5G 1Z8

Numéro de téléphone du bureau : 416-813-7288

Ligne d'information : 1-888-SAFE-TIP (723-3847)

Courriel : safekids.web@sickkids.ca

www.safekidscanada.ca

« La mission de SécuritéJeunes Canada est de créer des milieux plus sécuritaires partout au pays, afin de réduire le nombre de blessures accidentelles, lesquelles constituent la cause principale de décès chez les enfants et les jeunes canadiens. À titre de leader national, SécuritéJeunes Canada adopte une approche coopérative et novatrice visant à établir des partenariats, à effectuer des recherches, à sensibiliser le public et à agir en tant que porte-parole dans le but de prévenir les blessures graves subies par les enfants, les jeunes et leur famille. Notre vision consiste à réduire le nombre de blessures. Des enfants en meilleure santé. Un Canada plus sécuritaire. SécuritéJeunes Canada est le programme national de prévention des blessures de l'Hospital for Sick Children. »

La production du Bulletin a été rendue possible grâce au soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue exprimés dans le Bulletin ne sont pas nécessairement représentatifs de ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le texte peut être copié en totalité ou en partie, pourvu qu'il soit fait mention des auteurs, de la date de publication et de la maison d'édition. Citation suggérée : MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Towner 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.

ISBN: 978-0-9869233-1-9

© Avril 2011

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	2
Contenu du guide.....	3
Section 1 : Que savons-nous au sujet des approches des bonnes pratiques visant à prévenir les blessures accidentelles chez les enfants?.....	4
Pourquoi devrions-nous nous concentrer sur les bonnes pratiques fondées sur les faits?.....	6
Pourquoi ne mettons-nous pas en œuvre les bonnes pratiques?.....	6
Section 2 : « Coup d'œil » sur les bonnes pratiques.....	8
Bonnes pratiques relatives à la sécurité des enfants passagers.....	9
Bonnes pratiques relatives à la sécurité des enfants piétons.....	10
Bonnes pratiques relatives à la sécurité des enfants cyclistes.....	11
Bonnes pratiques relatives à la sécurité aquatique des enfants.....	12
Bonnes pratiques relatives à la prévention des chutes chez les enfants.....	14
Bonnes pratiques relatives à la prévention des brûlures et des échaudures chez les enfants.....	15
Bonnes pratiques relatives à la prévention de l'empoisonnement chez les enfants.....	17
Bonnes pratiques relatives à la prévention de l'étranglement/la suffocation chez les enfants.....	18
Bonnes pratiques relatives à la sécurité générale à la maison pour les enfants.....	19
Bonnes pratiques en matière de prévention communautaire générale des blessures chez les enfants.....	20
Bonnes pratiques en matière de leadership du système, d'infrastructure et de capacité à soutenir la prévention des blessures chez les enfants.....	21
Section 3 : Quand et comment devrions-nous avoir recours aux bonnes pratiques lors de la planification de stratégies en matière de prévention des blessures?.....	22
Quels enjeux doivent être pris en considération lors de la sélection de stratégies?.....	24
Existe-t-il autre chose qui pourrait soutenir une culture de bonnes pratiques relatives à la prévention des blessures chez les enfants et la promotion de la sécurité?.....	27
Références.....	28

Section 4 : Méthodologie utilisée pour les études de cas.....	32
Section 5 : Études de cas canadiennes sur les bonnes pratiques.....	34
Promotion de la sécurité des enfants passagers dans les communautés autochtones, Manitoba	36
Programme de voitures pilotes, Nouvelle-Écosse.....	38
<i>Operation Headway</i> , Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard.....	40
Programme de prêt de vêtements de flottaison individuels, Manitoba.....	42
Règlement municipal concernant les clôtures pour piscine, Ontario.....	44
Nager pour survivre, Ontario.....	46
Équipement plus sécuritaire sur les terrains de jeux, Ontario.....	48
<i>A Million Messages</i> , Alberta.....	50
Programme de trousse de sécurité, Québec.....	52
Programme Pensez d'Abord les enfants TD, à l'échelle nationale.....	54
<i>Acquired Brain Injury Strategy</i> , Saskatchewan.....	56
Collaboration atlantique pour la prévention des blessures, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard.....	58
Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, à l'échelle nationale.....	60
Système canadien de surveillance des décès liés à l'eau, à l'échelle nationale.....	62
Rapports sur le fardeau économique des blessures au Canada, à l'échelle nationale.....	64
<i>Provincial Injury Prevention Strategy</i> , Nouvelle-Écosse.....	66
Semaine SécuriJeunes 2001 – Prévention des brûlures et des échaudures chez les jeunes enfants, à l'échelle nationale.....	68
Remerciements.....	70

INTRODUCTION

Le besoin de savoir ce qui fonctionne devient de plus en plus important pour ceux qui travaillent à réduire le fardeau imposé par les blessures accidentelles chez les enfants canadiens. Les blessures sont la principale cause de décès chez les enfants au Canada, représentant 30 % de tous les décès, et le fardeau environnemental relatif aux maladies le plus important, avec en moyenne 300 décès par année chez les enfants de moins de 14 ans.^(1, 2) Autrement dit, 25 enfants meurent des suites de leurs blessures tous les mois : c'est l'équivalent d'une classe pleine d'enfants chaque mois.

Les efforts européens de prévention des blessures, soutenus par l'Union européenne, ont entraîné la publication du premier guide Child Safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion (le guide européen, disponible en anglais seulement). Le guide européen a été lancé par l'European Child Safety Alliance (l'Alliance) afin de fournir des conseils relatifs à des stratégies efficaces et éprouvées de prévention des blessures. La nécessité pour les États membres d'élaborer des plans d'action nationaux visant à prévenir les blessures a fait augmenter la demande pour des interventions efficaces aux niveaux national et local.⁽³⁻⁵⁾ L'utilisation à bon escient des faits est essentielle à la réalisation de cet objectif, et le fait de « savoir ce qui fonctionne » est au cœur de l'élaboration de bonnes politiques et de bons programmes.

SécuriJeunes Canada a établi un partenariat officiel avec l'Alliance pour introduire le Child Safety Good Practice Guide au Canada, disponible en français sous le titre Guide des bonnes pratiques relatives à la sécurité des enfants. SécuriJeunes Canada est le programme national de prévention des blessures du Hospital for Sick Children. La mission de SécuriJeunes Canada consiste à prendre la tête d'une culture de la sécurité au Canada et être une source d'inspiration pour celle-ci, dans le but de réduire les blessures accidentelles. Il serait possible de réduire considérablement le nombre de blessures subies par les

enfants si des stratégies de sécurité éprouvées étaient adoptées et mises en pratique dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada.

L'édition canadienne du Guide des bonnes pratiques relatives à la sécurité des enfants constitue le premier document exhaustif majeur au pays sur lequel les décideurs, les praticiens et les législateurs peuvent baser leurs travaux et leurs recommandations. Elle permettra aux praticiens canadiens en matière de prévention des blessures d'examiner les options stratégiques des Canadiens relatives aux blessures accidentelles chez les enfants, de s'éloigner de « ce qui a toujours été fait » et de passer à de bons investissements, à savoir des stratégies qui fonctionnent ou qui ont le plus de chances de réussir. Grâce à cette édition canadienne, les efforts peuvent être orientés vers les interventions qui sont les plus efficaces et qui peuvent entraîner une réduction des blessures menant à l'hospitalisation ou au décès.

La valeur des « bonnes pratiques » est réalisée lorsque les meilleures données disponibles issues de la recherche sont combinées avec les compétences concrètes des professionnels du « vrai monde ». Cette approche nécessite que les professionnels connaissent tant les meilleures données que les aspects pratiques relatifs au transfert de politiques et de programmes d'un environnement à l'autre. Compte tenu de tout ce qu'il reste à faire pour aborder la sécurité des enfants canadiens et du manque de temps et de ressources, il est essentiel de se concentrer sur les bons investissements, à savoir les stratégies qui présentent la plus grande probabilité de réduire les blessures accidentelles chez les enfants.

Aux fins du présent document, les « bonnes pratiques » 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.

Cette édition canadienne est fondée sur le travail antérieur effectué par des chercheurs en matière de sécurité des enfants provenant du monde entier; elle constitue une étape supplémentaire qui permettra d'aider le Canada à passer à de bonnes pratiques fondées sur les faits. Il est clair qu'il ne suffit pas de savoir ce qui a fonctionné dans un environnement donné; pour cette raison, les points de transfert et de mise en œuvre et les études de cas canadiennes incluses dans cette édition canadienne constituent des informations qui permettront de guider les décisions et des illustrations des bonnes pratiques à l'œuvre. Nous espérons que ces informations commenceront à fournir des premières indications sur les raisons pour lesquelles une stratégie s'est avérée efficace, ainsi que quelques lignes directrices relatives au transfert de celle-ci vers d'autres environnements. Toutefois, d'autres travaux seront nécessaires pour nous permettre de mieux comprendre tous les facteurs qui influencent la réussite d'une stratégie que l'on transfère d'un environnement à l'autre.

Pour terminer, la synthèse des connaissances existantes compilées lors de l'élaboration de cette ressource permet également de déterminer les situations où il est nécessaire d'évaluer les interventions existantes et où les stratégies relatives aux bonnes pratiques n'existent pas.

CONTENU du GUIDE

Ce guide est divisé en quatre sections qui aideront les intervenants dans le domaine des blessures à encourager les bonnes pratiques lors de la planification et de la mise en œuvre de stratégies de prévention des blessures chez les enfants. Notez que les termes « prévention des blessures chez les enfants » et « sécurité des enfants » sont utilisés de façon interchangeable.

SECTION 1

Introduit le concept des bonnes pratiques et discute des approches générales des politiques et des programmes dans les domaines de la prévention des blessures chez les enfants et de la promotion de la sécurité.

SECTION 2

Fournit une série de tableaux « coup d'œil » qui déterminent les stratégies efficaces (bonnes pratiques actuelles) dans les domaines suivants de la prévention des blessures chez les enfants et de la promotion de la sécurité :

- la sécurité des passagers
- la sécurité des piétons
- la sécurité des cyclistes
- la sécurité nautique
- la prévention des chutes
- la prévention des brûlures et des échaudures
- la prévention des empoisonnements
- la prévention des étouffements/des étranglements
- la sécurité générale à la maison (stratégies qui ne sont pas abordées par les sujets précédents)
- la prévention des blessures générale dans la communauté (stratégies qui n'ont pas été abordées par les sujets précédents)
- les activités dans le domaine du leadership, de l'infrastructure et de la capacité du système.

Pour chaque domaine, un tableau indique : 1) une série de déclarations de fait venant étayer les bonnes pratiques; 2) une indication permettant de déterminer si une étude de cas pour la stratégie en question a été trouvée et fournie, et 3) des suggestions relatives au transfert et à la mise en œuvre de la stratégie. Chaque exemple de bonne pratique est également assorti d'un code de couleurs pour indiquer lequel des trois éléments de la prévention des blessures est ciblé ;

> INGÉNIERIE (modification d'un produit ou de l'environnement),

> APPLICATION (politiques/lois et mesures afin d'assurer la conformité), ou

> ÉDUCATION (stratégies d'éducation ou de changement du comportement).

L'approche conventionnelle des trois éléments de la prévention des blessures a souvent été décrite en termes quelque peu simplistes et restrictifs.(6) Nous vous encourageons à voir les éléments de la prévention dans leur contexte le plus large, en reconnaissant qu'il s'agit d'outils qui nous aident à générer des changements à grande échelle dans les politiques publiques sur la santé et la création d'environnements, tant sociaux que physiques, qui font en sorte que le comportement sûr est le comportement facile.

SECTION 3

Fournit des informations concernant le point du cycle de planification où les informations sur les bonnes pratiques peuvent être appliquées, et concernant la sélection de bonnes pratiques et leur transfert d'un environnement à l'autre. L'importance de la préconisation, du développement et du maintien d'une culture de bonnes pratiques est décrite et soulignée.

SECTION 4

Décrit en détail les méthodes utilisées pour la préparation des études de cas, et

SECTION 5

Fournit une série d'études de cas qui illustrent la mise en œuvre de certaines stratégies « coup d'œil » dans le domaine de la prévention des blessures chez les enfants et la promotion de la sécurité, et les leçons apprises à la suite de l'application de stratégies au Canada.

Que savons-nous au sujet des approches des bonnes pratiques visant à prévenir les blessures accidentelles chez les enfants?



Avant d'examiner les approches réelles des bonnes pratiques visant à prévenir les blessures accidentelles chez les enfants, il est important de noter que la prévention des blessures de ce groupe d'âge est unique pour plusieurs raisons. Pour planifier des stratégies réellement efficaces et les mettre en œuvre, il est essentiel de tenir compte de ces facteurs lors du choix et du transfert des bonnes pratiques. Ce caractère unique découle des éléments suivants :

- **Les enfants comme centre des travaux** : lorsque l'on parle de la prévention des blessures chez les enfants et de la promotion de la sécurité, les enfants et leurs parents/responsables sont les principaux groupes ciblés par les interventions. Bien qu'une intervention spécifique puisse impliquer la préconisation de changements aux politiques auprès des décideurs, le cœur des efforts de prévention des blessures chez les enfants et de promotion de la sécurité sont les enfants eux-mêmes et les parents qui en sont les principaux responsables.(5, 7-12)
- **L'importance du stade de développement de l'enfant** : les types de blessures subies par les enfants sont étroitement liés à leur âge et à leur stade de développement, qui inclut des caractéristiques physiques, psychologiques et liées au comportement.(13) Cela doit être pris en compte lorsque des stratégies potentielles sont examinées et transférées dans d'autres environnements.

- **Le fait que les enfants les plus vulnérables de la société sont affectés de façon disproportionnée par les blessures** : la probabilité qu'un enfant soit tué ou blessé est associée à différents facteurs, y compris les familles monoparentales, le faible niveau d'éducation de la mère, le très jeune âge de la mère, un logement inadéquat et l'abus de drogues ou d'alcool chez les parents.(14)

Parmi les autres facteurs sociaux et économiques pouvant influencer la santé et les blessures, on peut citer le revenu, l'emploi, la sécurité alimentaire, l'âge, le sexe et l'inclusion sociale, que l'on appelle souvent les déterminants sociaux de la santé. Au début de l'année 2009, l'OMS a publié un cahier d'informations destinées aux responsables politiques intitulé L'action relative au clivage en matière de sécurité socioéconomique.(15) Selon la conclusion de ce document, les personnes à faible statut socioéconomique vivant dans des quartiers pauvres sont plus susceptibles de mourir des suites de blessures ou de violence que les personnes vivant dans des quartiers plus favorisés. Ce phénomène s'applique à la plupart des principales causes de blessures à l'échelle mondiale, y compris les accidents de la route, les empoisonnements et les brûlures. Le cahier d'informations de l'OMS était fondé sur une analyse systématique des informations factuelles sur les blessures et indique l'importance de comprendre les conditions socioéconomiques larges dans lesquelles se produisent les blessures et d'y remédier.

En raison de ce caractère unique des enfants, il est essentiel de bien connaître le public ciblé et d'impliquer le groupe cible au tout début du projet.(16, 17) Si votre groupe cible n'est pas impliqué, la probabilité qu'une intervention réussisse est moindre. Particulièrement lors du transfert d'une bonne pratique d'un environnement à l'autre, il est important de connaître votre groupe cible, car des évaluations rigoureuses, comme celles utilisées pour étayer les recommandations relatives aux meilleures observations, sont généralement moins faciles à généraliser en raison du caractère spécifique des participants.



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.(9) Ces sept approches sont décrites ci-dessous, mais il est important de noter que bien qu'elles ont été proposées parce qu'elles offrent des stratégies éprouvées ou prometteuses, des stratégies réelles basées sur ces approches n'ont pas été évaluées dans tous les domaines de la prévention des blessures chez les enfants. Toutefois, elles fournissent un cadre utile à prendre en considération pour n'importe quel type de blessure chez les enfants.

1) Modification de l'environnement – les enfants sont particulièrement vulnérables aux blessures parce qu'ils vivent dans un monde sur lequel ils ont peu de contrôle et qui est fait en fonction des besoins des adultes.(13) 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.(9) Parmi les exemples de ce type de stratégie, présentés dans la section « coup d'œil », on peut citer la conception et l'installation de l'équipement de terrain de jeux et des mesures de réduction des risques pour les piétons et les cyclistes touchant tout un quartier (p. ex., modération de la circulation).

2) Modification des produits – cette situation est semblable aux questions liées à la modification de l'environnement; bon nombre de produits présentent un risque supplémentaire pour les enfants parce qu'ils sont conçus pour répondre aux besoins des adultes. 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.(18) Ces stratégies deviennent également plus efficaces lorsqu'elles sont utilisées conjointement avec des lois et des activités d'éducation. Parmi les exemples de ce type de stratégie, présentés dans la section « coup d'œil », on peut citer le réglage en usine de la température des chauffe-eau et les briquets à l'épreuve des enfants.

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. Parmi les exemples de ce type de stratégie, présentés dans la section « coup d'œil », on peut citer les lois sur l'utilisation des harnais d'auto, le port du casque de cycliste et les emballages à l'épreuve des enfants.

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.(9) Parmi les exemples de ce type de stratégie, présentés dans la section « coup d'œil », on peut citer les détecteurs de fumée, les casques de cycliste et les harnais d'auto.

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.(19)

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.(20) Les interventions communautaires ont recours à une foule de stratégies qui comprennent le changement de l'éducation/du comportement, la modification des produits et de l'environnement et la législation/l'application, la différence clé étant le fait que la stratégie est axée sur la communauté et pas sur l'individu. Parmi les exemples de ce type de stratégie, présentés dans la section « coup d'œil », on peut citer les campagnes promotionnelles communautaires encourageant le port du casque de cycliste et l'utilisation des harnais d'auto.

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.(9) Un exemple de ce type de stratégie, présentée dans la section « coup d'œil », comprend la formation en compétences piétonnières.

Les approches décrites ci-dessus comprennent les interventions actives et les interventions passives. Pour être efficaces, les interventions actives nécessitent que des mesures soient prises au niveau individuel.(21) Par exemple, le cycliste doit mettre un casque chaque fois qu'il prend sa bicyclette, et l'enfant doit être attaché dans son siège d'auto chaque fois qu'il monte en voiture. À l'autre extrémité du continuum, les interventions passives fournissent une protection automatique, sans qu'un individu ait à prendre de mesures spécifiques (p. ex., normes relatives à la réglementation de l'équipement de terrains de jeux, et lois nécessitant un conditionnement à l'épreuve des enfants pour les produits pharmaceutiques).(21) Les stratégies passives sont privilégiées par rapport aux stratégies actives parce qu'elles sont automatiques, protègent tout le monde et ne nécessitent ni geste ni coopération de la part de l'individu. Toutefois, il peut arriver que des stratégies passives ne puissent pas être utilisées parce que les ressources sont insuffisantes, la stratégie proposée est inacceptable sur le plan social, ou encore aucune stratégie passive n'est disponible. En pratique, les interventions développées combinent souvent un aspect actif et un aspect passif. Par exemple, une prévention exhaustive des blessures liées aux terrains de jeux nécessite des interventions passives (installation d'équipement de terrains de jeux qui répond aux normes réglementaires) et des interventions actives (entretien de l'équipement et des revêtements et supervision adéquate par les parents/les responsables des enfants).



Pourquoi devrions-nous nous concentrer 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.⁽¹⁸⁾ 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.⁽²²⁾

Dans l'environnement actuel, où les ressources sont limitées et les enjeux contradictoires, la communauté de prévention des 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.

Pourquoi ne mettons-nous pas en œuvre les bonnes pratiques?

Il existe plusieurs raisons pour lesquelles la communauté de la prévention des blessures ne procède pas à la sélection et à la mise en œuvre des bonnes pratiques.

• Résistance au changement

La résistance peut provenir soit du gouvernement sous la forme de résistance aux efforts de législation ou de réglementation, soit de la communauté de prévention des blessures qui se sent à l'aise avec la situation actuelle; de plus, on peut hésiter à faire des investissements personnels dans un programme existant qui n'a pas fait ses preuves ou tout simplement ne pas être sensible à la nécessité d'apporter un changement. La résistance peut également provenir des développeurs et des gestionnaires du programme, parce qu'une intervention qui se limite à la préparation d'une brochure éducative est plus simple, plus rapide et plus quantitative que le fait de préconiser une législation ou des modifications environnementales, ou parce que les organismes de financement n'acceptent peut-être de fournir des fonds qu'à cette fin. Le public lui-même peut également jouer un rôle. Si le public perçoit qu'une activité a une valeur, même si elle n'est en fait pas efficace, les politiciens et les décideurs hésitent souvent à mettre fin aux investissements dans celle-ci. Le fait de comprendre d'où la résistance est susceptible de provenir et de planifier en conséquence afin de s'y attaquer fait partie des bonnes pratiques relatives au transfert de stratégies d'un environnement à l'autre.

• Priorités contradictoires

Bien que l'importance de garder les enfants en vie et de contribuer à la société semble en soi simple et essentielle, elle nécessite également un engagement continu. Cela implique généralement plus de temps, plus d'argent ou des désagréments potentiels de la part des adultes, et pour cette raison l'engagement continu n'est pas pris. Par exemple, ce qui assure la sécurité des enfants n'est pas toujours perçu comme étant bon pour les autres (p. ex., les adultes, l'industrie, etc.). Une modification à un produit, qui est considérée comme étant importante pour réduire le risque de blessures pour les enfants, peut être considérée comme entrant en conflit avec ce qui est le mieux pour l'industrie.

C'est parce que l'industrie a tendance à voir les changements proposés en termes d'augmentation des coûts de production, de pertes d'emploi, etc. Cela peut à son tour avoir un impact sur les représentants élus qui tentent d'établir un équilibre entre les besoins perçus, et qui peuvent se ranger du côté de l'industrie, de crainte de ne pas être réélu et de perdre le soutien offert par les entreprises. La sélection des bonnes pratiques et leur donner suite nécessite un véritable engagement à long terme, allant au-delà d'un seul cycle électoral. Comme, dans le domaine de la prévention des blessures, une stratégie donnée peut toucher un grand nombre de secteurs, de ministères, d'industries et de partenaires, il est important de comprendre les nombreux points de vue et de monter le dossier le plus solide possible en faveur du changement dont bénéficieront les enfants. Par conséquent, il est important que le domaine de la prévention des blessures continue d'accumuler les preuves de l'efficacité des stratégies, y compris leur rentabilité, afin que des données soient disponibles pour étayer les arguments préconisant que la vie des enfants doit avoir priorité sur d'autres questions.

• Manquement à planifier les solutions de façon efficace

Si on passe trop peu de temps sur la planification initiale, il est possible de passer à côté des étapes consistant à rechercher les bonnes pratiques provenant d'autres environnements. De plus, une fois qu'une bonne pratique est reconnue, le manquement à évaluer adéquatement le potentiel de transfert fructueux et à planifier les étapes concrètes qui feraient augmenter la probabilité de sa réussite risque d'entraîner l'échec du transfert et de la mise en œuvre. Un tel échec peut avoir un impact défavorable sur l'ensemble du secteur, s'il est interprété comme l'échec de la stratégie elle-même plutôt que comme l'échec du transfert et de la mise en œuvre. La quantité de temps, de travail et d'études pratiques requise pour obtenir les informations nécessaires et faire un bon travail lors de ces étapes de planification peut s'avérer intimidante. Au fur et à mesure que le domaine de la prévention des blessures en apprend davantage sur ce qui fonctionne et pourquoi, des ressources comme ce guide peuvent aider en trouvant les bonnes pratiques et en fournissant des conseils applicables à la décision de tenter un transfert et aux étapes qui permettront d'augmenter la probabilité de réussite.



- **Manque de capacité ou de compétences**

Dans certains cas, les individus qui prennent les décisions ne disposent pas des informations nécessaires pour prendre la bonne décision et choisir les bonnes pratiques. Les praticiens en matière de prévention de blessures ont donc un rôle dans l'éducation des décideurs et dans la promotion de l'engagement et des ressources nécessaires pour les stratégies qui s'avéreront efficaces. Les organismes qui prennent les devants dans le secteur de la prévention des blessures et de la promotion de la sécurité ont également un rôle à jouer pour soutenir les efforts des praticiens en matière de prévention des blessures qui font la promotion des bonnes pratiques, ainsi que pour aborder la question du développement des capacités, qui est un enjeu prioritaire dans le domaine.

Au Canada, en 2011, peu de personnes ont un mandat consacré exclusivement à la prévention des blessures. Nous vous encourageons à vous considérer comme un praticien en matière de prévention des blessures si vous travaillez ou faites de la recherche dans les domaines de la promotion de la santé, de la santé publique ou de la prévention des blessures, ou si vous facilitez bénévolement des activités qui encouragent la sécurité dans votre communauté.

De plus, nous reconnaissons que les bonnes pratiques nécessitent que nos efforts soient intégrés parmi ceux qui travaillent pour créer des communautés plus saines et plus sûres. Si vous travaillez dans les domaines de l'hygiène de vie, de la prévention de la toxicomanie, de la santé mentale, des services policiers ou des services sociaux, entre autres, vous faites déjà une contribution précieuse à la prévention des blessures. Vous êtes réellement un praticien en matière de prévention des blessures.

Ce guide s'adresse à chacun d'entre vous.

- **Manque de temps ou de ressources**

Souvent, les pratiques qui ne sont pas fondées sur les faits peuvent sembler attrayantes parce qu'elles sont faciles et rapides et donnent l'impression que quelque chose est fait (p. ex., distribuer des brochures). Pour s'attaquer réellement à la question de la sécurité des enfants, il sera nécessaire de choisir des stratégies relatives aux bonnes pratiques qui sont fondées sur les faits, qui peuvent s'avérer plus coûteuses ou nécessiter davantage de temps, mais qui finiront par produire de meilleurs résultats. Dans un environnement où les ressources sont limitées et où les échéanciers relatifs au financement sont courts, cela nécessitera probablement une collaboration entre les organismes et un travail plus intelligent avec le gouvernement et l'industrie, afin de s'assurer que ce qui est adopté est ce qui fonctionne.

En bref, pour mettre en œuvre de bonnes pratiques dès aujourd'hui, la communauté de prévention des blessures doit tenir compte tant des aspects spécifiques relatifs aux enfants en tant que groupe ciblé que des sept approches larges de la prévention des blessures et de la promotion de la sécurité des enfants qui offrent des stratégies éprouvées ou prometteuses. Elle ne doit pas oublier que l'efficacité de ces sept approches est maximisée lorsqu'elles sont utilisées en combinaison et qu'il convient d'investir les ressources limitées dans quelque chose d'éprouvé. Pour cela, il faut également comprendre l'importance du recours aux bonnes pratiques et les raisons pour lesquelles elles ne sont pas mises en œuvre plus souvent. La section suivante décrit de façon plus détaillée les stratégies basées sur les approches larges qui sont actuellement considérées comme les meilleurs investissements.

« Coup d'œil » sur 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 \$.(23)

Des stratégies fondées sur les bonnes pratiques pouvant être incluses dans les tableaux « coup d'œil » suivants ont été reconnues grâce à une analyse d'examen systématique, d'articles dans les revues et de documents sur les politiques, et en consultation avec les experts en prévention des blessures chez les enfants et en promotion de la sécurité. Les stratégies qui ciblaient les enfants âgés de 0 à 14 ans ont alors été comparées avec la définition des bonnes pratiques, et des critères en résultant ont été élaborés aux fins de ce projet. Des déclarations étayant des stratégies qui répondaient aux critères ont été élaborées et intégrées aux tableaux « coup d'œil » présentant les bonnes pratiques spécifiques aux enjeux. Les points relatifs au transfert et à la mise en œuvre ont été obtenus à partir des mêmes sources, ainsi qu'à partir de manuels généraux traitant de la prévention des blessures et de la promotion de la sécurité. La méthodologie utilisée pour la sélection et la rédaction des études de cas est fournie dans la section 4.

Des renseignements supplémentaires concernant les lois canadiennes les plus récentes sur la prévention des blessures sont disponibles à l'adresse www.securijeunescanada.ca



Bonnes pratiques relatives à la sécurité des enfants passagers

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

INGÉNIERIE

Le fait d'attacher les enfants en voiture entraîne des réductions du nombre de décès et de blessures.(24-27)

- > Lorsqu'ils sont utilisés correctement, les sièges d'auto réduisent le risque de blessures de 90 à 95 % pour les sièges face vers l'arrière et de 60 % pour les sièges face à la route.(28) Des recherches effectuées aux États-Unis estiment que lorsque les enfants sont attachés correctement dans des sièges d'auto appropriés, le risque de décès ou de blessure grave est réduit d'environ 70 %.(27)
- > Lorsque les enfants restent plus longtemps dans des sièges face vers l'arrière, la protection est multipliée par 3 à 5 fois.(29, 30)
- > Les études ont démontré que chez les enfants de quatre à sept ans, les sièges d'appoint réduisent de 59 % le risque de subir une blessure cliniquement grave lors d'un accident.(31-35)
- > Les connaissances parentales et la disponibilité, l'accessibilité, le coût et la facilité d'utilisation des sièges d'auto auront un impact sur leur adoption.(36, 37)

La position la plus sécuritaire pour les enfants est à l'arrière, qu'un coussin gonflable soit présent à l'avant ou pas.
(31, 38-40)

- > Le risque de blessure pour les enfants assis dans les rangées arrière du véhicule est réduit de la moitié aux deux tiers.(40)
- > Il est possible d'augmenter le nombre d'enfants installés sur le siège arrière grâce à des campagnes d'éducation communautaires.(41, 42)
- > Les études indiquent que pour encourager l'utilisation du siège arrière par les enfants, il faut tenir compte de l'expérience des parents qui font face à des pressions pour détendre les règles relatives au siège utilisé en voiture, ainsi que de la perception du risque, et fournir des stratégies qui soutiennent les bonnes décisions des parents relatives à la sécurité.(43, 44)

MISE EN APPLICATION

Les lois sur les sièges d'auto sécuritaires pour les enfants entraînent une augmentation de leur utilisation perçue.(37, 45)

 **Exemple :** Promotion de la sécurité des enfants passagers dans les communautés autochtones, Manitoba, Page 36.

- > Le niveau d'application aura un impact sur l'efficacité en faisant augmenter l'utilisation.(46)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46)

ÉDUCATION

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. (36, 37, 45)

- > Parmi les éléments importants des approches communautaires, on peut citer la stratégie à long terme, un leadership ciblé et efficace, une collaboration entre les organismes, l'implication de la communauté locale, un ciblage adéquat et le temps nécessaire pour élaborer une gamme de réseaux et de programmes locaux.(20)
- > Les campagnes de mise en application soutenues par des activités promotionnelles dans le contexte scolaire ont généré des augmentations importantes du port observé de la ceinture de sécurité.(36)

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.(36, 37, 45)

 **Exemple :** Promotion de la sécurité des enfants passagers dans les communautés autochtones, Manitoba, Page 36.

- > Parmi les éléments importants des approches communautaires, on peut citer la stratégie à long terme, un leadership ciblé et efficace, une collaboration entre les organismes, l'implication de la communauté locale, un ciblage adéquat et le temps nécessaire pour élaborer une gamme de réseaux et de programmes locaux.(20)
- > Des programmes plus intensifs comprenant plusieurs éléments et mécanismes de communication sont associés à des résultats plus positifs.(20)
- > Un organisme fiable et bien renseigné doit organiser un programme de prêt, étant donné les vérifications techniques et d'entretien nécessaires pour les sièges d'auto.(36)

INGÉNIERIE

Les ceintures de sécurité entraînent des réductions du nombre de décès et de blessures.(24, 47-52)

- > Lorsqu'elles sont utilisées correctement, les ceintures de sécurité peuvent réduire le nombre de décès de 40 à 50 % et le nombre de blessures graves de 45 à 55 %.(51)
- > Les connaissances parentales et la disponibilité et la facilité d'utilisation des ceintures de sécurité auront un impact sur leur adoption.(36)

MISE EN APPLICATION

Les lois exigeant le port de la ceinture de sécurité par les enfants plus âgés ont entraîné une augmentation de leur utilisation.(36, 45, 53)

- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46)

SECTION 2

Bonnes pratiques relatives à la sécurité des enfants piétons

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

INGÉNIERIE

Des solutions d'ingénierie à l'échelle du quartier, visant à réduire le risque pour les piétons (y compris des installations pour piétons ou une infrastructure de modération de la circulation) entraînent une réduction du nombre de blessures et sont économiques.(18, 45)

- > La modération de la circulation a permis une réduction de 60 % du nombre d'accidents dans des zones de 30 km/h (18,6 mi/h).(55)
- > Des programmes de modération de la circulation dans les quartiers urbains ont permis de réduire de 15 % le nombre d'accidents entraînant des blessures (de 25 % sur les rues résidentielles et de 10 % sur les rues principales).(55)
- > Les modifications d'ingénierie peuvent s'avérer plus efficaces lorsqu'elles sont soutenues par des activités d'éducation et de mise en application.(46)

Les modifications aux véhicules semblent réduire le risque de décès chez les piétons.(18, 28)

- > Les modifications apportées à la conception de l'avant des voitures, qui tiennent compte des enfants, ont permis de réduire le nombre de décès chez les enfants piétons.(28)
- > On estime que dans l'Union européenne, ces modifications permettraient d'éviter, chaque année, jusqu'à 2 100 décès et 18 000 blessures graves chez les piétons et les cyclistes de tous les âges.(28)

MISE EN APPLICATION

Les lois/politiques qui réduisent la vitesse des véhicules dans les quartiers résidentiels entraînent une réduction des blessures, ainsi que des changements du comportement des conducteurs.(45)

- > Au Royaume-Uni, l'introduction de zones où la limite de vitesse est de 20 mi/h (32 km/h) a entraîné une réduction de 70 % du nombre d'accidents mortels chez les enfants piétons.(56)
- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54, 57, 58)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46)

La mise en application des lois/politiques qui réduisent la vitesse des véhicules dans les quartiers résidentiels entraîne une réduction des blessures, ainsi que des changements du comportement des conducteurs.(57-59)

- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54, 57, 58)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46)

ÉDUCATION

Les programmes communautaires d'éducation/de plaidoyer visant à prévenir les décès chez les enfants piétons âgés de 0 à 14 ans ont entraîné une réduction du nombre de blessures.(60)

 **Exemple :** Programme de voitures pilotes, Nouvelle-Écosse, Page 38.

- > Les programmes efficaces ont généré des réductions entre 12 et 54 %.(60)
- > Les programmes qui proposent un ensemble exhaustif qui comprend des stratégies éducatives, sociales et environnementales ont plus de chances de réussir.(60)
- > Une augmentation des ressources disponibles et de l'engagement de la communauté permet le recours à des stratégies plus exhaustives, ce qui entraîne un plus grand succès.(60)

Une formation en compétences piétonnières permet aux enfants de traverser la rue de façon plus sécuritaire.(18)

- > Les programmes à plusieurs facettes et ceux qui impliquent les parents ont plus de chances de réussir.(18)
- > Une expérience routière concrète est un ingrédient essentiel de la formation en compétences piétonnières.(18)

MISE EN APPLICATION

Les pays qui ont le meilleur dossier en matière de sécurité routière possèdent des plans nationaux de mise en œuvre, qui comprennent une vaste gamme de mesures : des limites de vitesse peu élevées, des mesures de réduction de la vitesse, la promotion de la sécurité secondaire et une publicité s'adressant tant aux enfants et à leurs parents qu'aux conducteurs.(55, 61)

- > Le fait de tirer parti de politiques antérieures ou de conventions internationales peut générer des progrès.(55)
- > Un engagement politique aux niveaux les plus élevés est essentiel pour que la sécurité routière soit une priorité pour tout le monde, au sein du gouvernement et de la société.(55)
- > Une couverture médiatique est un aspect important des campagnes de sécurité nationales.(54, 55)
- > Une combinaison d'ingénierie, d'application et d'éducation est très efficace.(54)

Bonnes pratiques relatives à la sécurité des enfants cyclistes

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

INGÉNÉRIE

Le port du casque de cycliste entraîne une réduction des blessures.(45, 62, 63)

- > Le port d'un casque de cycliste bien ajusté permet de réduire le risque de traumatisme crânien et cérébral jusqu'à 85 %. (45, 62, 63)
- > Les connaissances parentales et la disponibilité, l'accessibilité, le coût et la facilité d'utilisation du casque de cycliste aura un impact tant sur le port du casque que sur le bon usage de celui-ci. (64)
- > La réduction du coût du casque, grâce à des programmes de remise et des rabais, facilite son adoption et son utilisation. (65)

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.(45)

- > Les modifications d'ingénierie peuvent s'avérer plus efficaces lorsqu'elles sont soutenues par des activités d'éducation et de mise en application. (46)

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.(18)

- > Les modifications d'ingénierie peuvent s'avérer plus efficaces lorsqu'elles sont soutenues par des activités d'éducation et de mise en application. (46)

Les lois sur le port du casque de cycliste font augmenter leur utilisation.(18, 64)

 **Exemple :** *Operation Headway*, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard, Page 40.

- > L'évaluation des lois sur le port obligatoire du casque de cycliste au Canada indique une réduction de 45 % du taux de traumatisme crânien chez les cyclistes dans les provinces où ces lois ont été adoptées; en Nouvelle-Zélande, le nombre de traumatismes crâniens chez les cyclistes a baissé de 19 % pendant les trois années qui ont suivi l'adoption de la loi. (55)
- > Dans plusieurs pays où cette loi a été adoptée, cela n'a pas été fait tant qu'un taux important de port du casque de cycliste n'a pas été atteint au sein de la population. (65)
- > Il faut du temps pour que les lois produisent l'effet souhaité après leur mise en œuvre, (64) et leur efficacité est maximisée lorsqu'elles sont soutenues par des activités d'éducation. (46)
- > L'effet des lois semble moindre dans les régions où le port du casque de cycliste était plus élevé au départ et dans les quartiers où les habitants ont un statut socioéconomique plus élevé. (64)
- > L'effet de la loi est moindre lorsque la loi sur le port du casque de cycliste ne concerne pas tous les âges. (66)
- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité. (54)
- > Ceux qui mettent en œuvre les lois sur le port du casque de cycliste peuvent souhaiter répondre aux préoccupations concernant une réduction du nombre de cyclistes après l'introduction de la loi, car ceux qui ne sont pas en faveur de la loi ont cité ce facteur comme argument contre cette stratégie. (67) Toutefois, des études effectuées au Canada indiquent que les lois sur le port du casque de cycliste ne sont pas associées à une réduction du nombre de cyclistes. (66)

ÉDUCATION

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. (18, 20, 65, 68)

 **Exemple :** *Operation Headway*, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard, Page 40.

- > Parmi les éléments importants des approches communautaires, on peut citer la stratégie à long terme, un leadership ciblé et efficace, une collaboration entre les organismes, l'implication de la communauté locale, un ciblage adéquat et le temps nécessaire pour élaborer une gamme de réseaux et de programmes locaux. (20)
- > Les programmes sont plus susceptibles d'être efficaces lorsqu'ils comprennent une remise de casques gratuits, ont une portée large relativement au public ciblé et à l'environnement, impliquent la participation des parents et le port du casque par les cyclistes partenaires (adultes ou autres enfants). (65)
- > L'effet de la campagne est le plus élevé chez les enfants plus jeunes et les filles. (45)
- > Parmi les interventions fructueuses, on peut citer l'éducation ciblée et dans les médias de masse des enfants et des parents, la promotion et l'imposition du port du casque de cycliste, la saisie des bicyclettes des cyclistes qui ne portent pas de casque et des réductions du prix des casques; toutefois, il n'est pas possible d'isoler l'efficacité de chaque intervention. (68)

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.(18) **À l'heure actuelle, aucune étude ne permet d'établir un lien direct entre la formation en compétences et la réduction des blessures.**

- > Pour que les enfants puissent faire de la bicyclette en toute sécurité sur la route, ils doivent connaître les règles de la circulation, lire et interpréter les pancartes, et posséder les aptitudes cognitives et motrices nécessaires. (69)
- > Les programmes les plus exhaustifs ont tous intégré l'éducation sur le port du casque, les règles de la circulation, des lignes directrices sur la circulation et une formation à bicyclette. (18)
- > Les interventions qui répètent le message sous différentes formes et dans différents contextes sont également plus susceptibles de réussir. Pour cette raison, les programmes d'éducation communautaires qui permettent la répétition des messages relatifs à la sécurité à bicyclette, qui offrent plusieurs occasions de les mettre en pratique et qui permettent la participation des parents peuvent représenter une approche plus efficace de l'amélioration de la sécurité à bicyclette chez les enfants. (70)
- > Il est possible que les jeunes enfants (âgés de moins de 10 ans) ne puissent pas maîtriser les aptitudes cognitives et motrices de base nécessaires pour faire de la bicyclette sur la route, qui est une tâche complexe. (70)

SECTION 2

Bonnes pratiques relatives à la sécurité aquatique des enfants

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

INGÉNIERIE

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.(71)

 **Exemple :** Programme de prêt de vêtements de flottaison individuels, Manitoba, Page 42.

- > On estime que 85 % des noyades associées à la navigation de plaisance auraient pu être évitées si la victime avait porté un vêtement de flottaison individuel.(72)
- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46)

Selon les experts, les pancartes claires et simples présentant des comportements sécuritaires constituent une stratégie importante pour la prévention des noyades.(73)

- > L'efficacité des pancartes est maximisée lorsqu'elles sont soutenues par des activités d'éducation.(73)
- > La normalisation internationale des symboles utilisés sur les pancartes devrait contribuer à réduire les noyades chez les touristes.(73)

MISE EN APPLICATION

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.(18, 74)

 **Exemple :** Règlement municipal concernant les clôtures pour piscine, Ontario, Page 44.

- > Les piscines privées qui sont clôturées font augmenter de 95 % la protection contre les noyades.(18)
- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54, 75)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46)
- > On recommande vivement que les parents soient fortement encouragés à continuer à surveiller étroitement leurs enfants autour des piscines; aucun système de protection ne peut remplacer la supervision parentale.(76)

Les normes de sécurité pour les piscines peuvent entraîner une réduction des noyades.(73)

- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54)
- > Les normes de sécurité seront plus efficaces lorsqu'elles seront soutenues par des activités d'éducation.(46)

Les sauveteurs, lorsqu'ils sont qualifiés, formés et équipés convenablement et disponibles en nombre suffisant, semblent être une stratégie efficace de prévention des noyades.(71)

- > Il est possible que la présence de sauveteurs empêche les comportements qui pourraient entraîner un risque de noyade, comme se chamailler ou s'aventurer dans des eaux agitées ou profondes.(71)
- > Les sauveteurs doivent suivre une formation appropriée et posséder une qualification à jour et appropriée. Une requalification doit avoir lieu régulièrement, et les compétences pratiques en matière de sauvetage et de ressuscitation doivent être répétées régulièrement.(71) On a noté que l'introduction initiale de la certification des sauveteurs a parfois un impact sur la disponibilité de sauveteurs qualifiés.(77)
- > Les points d'observation doivent permettre aux sauveteurs de voir clairement la zone à superviser, sans obstructions, ce qui comprend tant l'eau que les alentours.(71)
- > Les sauveteurs de service doivent être faciles à repérer à une certaine distance et se démarquer des autres personnes à la plage ou aux installations aquatiques.(71)
- > Les associations de sauveteurs doivent élaborer des « pratiques d'exploitation standard » écrites, qui comprennent des exigences en matière de supervision.(71)

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

ÉDUCATION

L'éducation/le plaidoyer communautaire concernant le port des VFI entraîne une augmentation de son utilisation.(18)

- > On estime que 85 % des noyades associées à la navigation de plaisance auraient pu être évitées si la victime avait porté un gilet de sauvetage.(72)
- > Parmi les éléments importants des approches communautaires, on peut citer la stratégie à long terme, un leadership ciblé et efficace, une collaboration entre les organismes, l'implication de la communauté locale, un ciblage adéquat et le temps nécessaire pour élaborer une gamme de réseaux et de programmes locaux.(20)

Une formation en sécurité nautique (y compris des leçons de natation) permet d'améliorer les compétences en natation.(18)

 **Exemple :** Nager pour survivre, Ontario, Page 46.

- > Les compétences en natation ne sont qu'une des stratégies de prévention potentielles qui peuvent être envisagées dans le cadre d'une approche à multiples facettes qui inclut des barrières efficaces, une supervision appropriée par les adultes et une formation en RCR.(78) En particulier, on recommande vivement que les parents soient fortement encouragés à continuer de surveiller étroitement leurs enfants autour de l'eau; même si un enfant sait nager, cela ne remplace pas la nécessité d'une supervision étroite de la part des parents.(76, 79)
- > Les enfants sont extrêmement sensibles à la formation, sont capables de retenir la plupart des compétences si les cours se poursuivent, et peuvent utiliser les compétences qu'ils ont acquises pour maîtriser des compétences de natation plus avancées (p. ex., la plongée).(18, 80)
- > Les cours de natation ne commencent pas à améliorer les compétences de natation des enfants avant que ceux-ci atteignent 24 mois, mais la durée de l'apprentissage de ceux-ci est beaucoup plus longue que celle des enfants plus âgés.(18, 21)
- > De par le passé, on soutenait que, sur le plan du développement, les enfants ne sont généralement pas prêts à suivre des cours de natation formels avant d'avoir atteint quatre ans.(21, 81) Bien que les observations récentes soient insuffisantes pour soutenir une recommandation que tous les enfants entre les âges de 1 et 4 ans suivent des cours de natation, des données adéquates démontrent que les cours de natation n'augmentent pas le risque de noyade chez ce groupe d'âge.(78)
- > Les programmes aquatiques pour les bébés et les bambins ne doivent être annoncés comme une façon de réduire le risque de noyade.(21, 81)

SECTION 2

Bonnes pratiques relatives à la prévention des chutes chez les enfants

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

INGÉNIERIE

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.(18, 82)

- > Il a été prouvé que les barreaux de fenêtre réduisaient de 35 % le nombre de décès causés par une chute hors d'une fenêtre.(18, 82)
- > Les règlements qui exigent l'installation de mécanismes de sécurité sur les fenêtres des logements locatifs semblent être l'approche la plus efficace dans les quartiers défavorisés.(18)
- > La connaissance par les parents et la disponibilité, l'accessibilité, le coût et la facilité d'utilisation des mécanismes de sécurité sur les fenêtres, permettront tous d'augmenter leur taux d'adoption.(83, 84)

Il a été démontré que les barrières pour escalier aidaient à réduire les chutes des enfants dans les escaliers lorsqu'elles sont installées en haut des escaliers des maisons.(45)

- > Les connaissances parentales et la disponibilité, l'accessibilité, le coût et la facilité d'utilisation des barrières pour escalier auront un impact sur leur adoption.(45, 83, 84)
- > Les barrières à pression ne doivent jamais être installées en haut des escaliers.(85)
- > Des inégalités dans les taux d'adoption et d'utilisation pourraient être réduites si les barrières pour escalier étaient à la fois fournies et installées.(86, 87) Toutefois, le fait de surmonter les obstacles liés au coût et à l'installation n'a qu'un effet partiel sur les disparités économiques; d'autres études sont donc requises pour reconnaître les obstacles supplémentaires et les surmonter.(86)

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).(18)

 **Exemple :** Équipement plus sécuritaire sur les terrains de jeux, Ontario, Page 48.

- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54, 88)
- > L'entretien régulier des revêtements est nécessaire pour qu'ils conservent leur effet protecteur.(18, 89)
- > L'efficacité des normes est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46, 90, 91)
- > Le Canadian Playground Standard nécessite un revêtement d'une profondeur entre 15 et 30 cm (6 à 12 pouces).(88, 92)

MISE EN APPLICATION

Les lois interdisant l'utilisation des marchettes permettent d'éliminer une partie plus importante du risque existant que la supervision parentale.(18, 93)

- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54, 94)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46)

La mise en application de normes nécessitant une profondeur sécuritaire pour des types spécifiés 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.(18, 88)

- > Le niveau de mise en application a un impact sur l'efficacité.(54, 88)
- > L'efficacité des normes est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46, 90, 91)
- > Les normes relatives aux revêtements abordent le risque de traumatisme crânien et non le risque de blessures aux bras et aux jambes.(18, 95)

ÉDUCATION

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.(18, 82, 84)

- > Les connaissances parentales et la disponibilité, l'accessibilité, le coût et la facilité d'utilisation des mesures de sécurité auront un impact sur leur adoption.(83, 84, 96)
- > La fourniture et l'installation d'équipement gratuit sont plus susceptibles d'augmenter l'utilisation de celui-ci, particulièrement dans les quartiers à plus faible revenu.(83, 84)
- > Une fourniture efficace d'équipement de sécurité nécessite un soutien continu, en plus de l'installation et de l'entretien.(97)
- > Le moment où la formation est donnée et l'élaboration de documents et de conseils (style, langue et exemples) adaptés à la communauté cible (p. ex., à faible revenu, minorités ethniques) sont des clés de la réussite.(97)
- > L'existence de lois à l'appui et de mesures d'application efficaces peut faire augmenter la disponibilité du financement pour des programmes d'équipement et l'adoption de mesures de sécurité dans la maison.(97)
- > L'adoption et la réussite des interventions dépendent du fait que les interventions sont adaptées aux limites concrètes et aux attentes culturelles des parents. Un obstacle particulier est le fait que les parents ne peuvent pas toujours modifier des logements loués ou partagés.(97)

Bonnes pratiques relatives à la prévention des brûlures et des échaudures chez les enfants

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

INGÉNIERIE

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.(18, 19, 98-101)

- > Aux États-Unis, les décès des suites d'incendies associés aux briquets ont chuté de 43 % après l'adoption de modèles à l'épreuve des enfants.(18)
- > Les règlements nécessitant les modifications des produits et leur application permettront d'augmenter la disponibilité de produits sûrs.(19)
- > Les connaissances parentales et la disponibilité, l'accessibilité, le coût et la facilité d'utilisation des produits modifiés auront un impact sur leur adoption. (83, 84)

MISE EN APPLICATION

Les lois réglementant la température de l'eau chaude sortant des robinets de la maison sont efficaces pour réduire les échaudures.(21)

- > Une température sécuritaire pour l'eau chaude sortant des robinets ménagers peut être atteinte en réduisant la température du chauffe-eau ou grâce à l'utilisation de mitigeurs thermostatiques.(86, 102)
- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(21, 46)

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.(18)

- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54, 102)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46, 103)
- > Les estimations canadiennes du rapport coût-efficacité indiquent que les lois sur la réduction de la température des chauffe-eau domestiques, accompagnées d'avis d'éducation annuels envoyés aux clients des services publics, permettraient de générer des économies de coûts tout en réduisant la morbidité attribuable aux échaudures causées par l'eau du robinet chez les enfants.(104)

Les lois exigeant que des détecteurs de fumée soient installés dans les nouveaux logements et les logements existants, combinées avec des campagnes communautaires à plusieurs aspects et des coupons-rabais, constituent une méthode efficace d'augmenter l'utilisation des détecteurs de fumée.(18, 105)

- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité. (54)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation. (46)

Lorsqu'elles sont appliquées, les lois réglementant l'inflammabilité des vêtements de nuit sont efficaces pour la réduction des brûlures.(18, 106)

- > Une loi adoptée aux États-Unis en 1972 a entraîné une réduction de 75 % des hospitalisations dans l'unité de soins aux brûlés causées par des brûlures liées aux vêtements de nuit.(18, 106)
- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46)

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.(18, 107) **À l'heure actuelle, aucune étude ne permet d'établir un lien direct entre une restriction des quantités disponibles et une réduction des blessures.**

- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46)
- > Les lois à l'appui doivent viser surtout les élèves des écoles primaires et secondaires et leurs parents.(107)

SECTION 2

Bonnes pratiques relatives à la prévention des brûlures et des échaudures chez les enfants, continué

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

ÉDUCATION

Les programmes de remise de détecteurs de fumée se sont avérés efficace 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.(45)

- > Parmi les éléments importants des approches communautaires, on peut citer la stratégie à long terme indiquant un engagement envers la question, un leadership ciblé et efficace, une collaboration entre les organismes, l'implication de la communauté locale, un ciblage adéquat et le temps nécessaire pour élaborer une gamme de réseaux et de programmes locaux.(20)
- > À elle seule, la distribution de détecteurs de fumée ne suffit pas à améliorer les taux d'installation; les programmes qui contiennent un composant d'éducation se sont avérés plus efficaces.(87)
- > L'existence de lois à l'appui et de mesures d'application efficaces peut faire augmenter la disponibilité du financement pour des programmes d'équipement et l'adoption de mesures de sécurité dans la maison.(97)
- > Le fait de surmonter les obstacles liés au coût et à l'installation n'a qu'un effet partiel sur les disparités économiques; d'autres études sont requises pour reconnaître les obstacles supplémentaires.(86)
- > Le moment où la formation est donnée et l'élaboration de documents et de conseils (style, langue et exemples) adaptés à la communauté cible (p. ex., à faible revenu, minorités ethniques) sont des clés de la réussite.(97)
- > L'adoption et la réussite des interventions dépendent du fait que les interventions sont adaptées aux limites concrètes et aux attentes culturelles des parents. Un obstacle particulier est le fait que les parents ne peuvent pas toujours modifier des logements loués ou partagés.(97)
- > Les interventions intégrées à des programmes de santé plus larges, où des relations de confiance sont cultivées avec les propriétaires et où l'on répond aux questions spécifiques relatives à la sécurité désignées par une communauté, parviennent mieux à augmenter les taux d'installation des détecteurs de fumée.(87)

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.(18)

- > Parmi les éléments importants des approches communautaires, on peut citer la stratégie à long terme indiquant un engagement envers la question, un leadership ciblé et efficace, une collaboration entre les organismes, l'implication de la communauté locale, un ciblage adéquat et le temps nécessaire pour élaborer une gamme de réseaux et de programmes locaux.(20)

Une formation en compétences en sécurité-incendie permet d'augmenter les connaissances et d'améliorer le comportement des enfants comme des parents.(18, 108) À l'heure actuelle, aucune étude ne permet d'établir un lien direct entre la formation et une réduction des blessures.

- > Les programmes qui ont recours à une participation active des enfants qui apprennent comment réagir aux incendies sont plus efficaces que ceux qui ont recours à des méthodes passives.(108)
- > Lors de l'évaluation de programmes, une démonstration réelle des compétences apprises est un marqueur plus fiable de la vraie réaction d'un enfant en cas d'incendie que le fait de fournir les bonnes réponses lors d'un test écrit. (108)
- > L'ajout de techniques de réduction de la peur et l'enseignement de la raison d'être des réactions correctes en cas d'incendie peuvent améliorer considérablement la rétention des compétences.(108)
- > Une répétition périodique de la matière est essentielle pour la conservation des connaissances et des compétences.(108)
- > Le recours de figures d'autorité lors de la formation en compétences en sécurité-incendie (p. ex., pompiers) pourrait les aider à se souvenir de ce qu'ils ont appris.(108)

Bonnes pratiques relatives à la prévention de l’empoisonnement chez les enfants

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

INGÉNIERIE

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.(109, 110)

- > Les études des manières dont les enfants accèdent aux poisons indiquent que le moment le plus vulnérable est pendant que les poisons sont utilisés et qu’un emballage sécuritaire ne peut pas à lui seul compenser un rangement ou une utilisation peu sécuritaire. Cela témoigne de la nécessité d’une amélioration de la sécurité du rangement des médicaments à la maison et de meilleures pratiques relatives à l’administration des médicaments à la maison.(111, 112)
- > Les changements à l’environnement fixe doivent être soutenus par la réglementation et l’éducation de l’industrie et de la communauté, avec un étiquetage clair (et des instructions claires relatives à l’administration) sur l’emballage, l’éducation des parents et une meilleure supervision parentale, des conseils pédiatriques réguliers et une amélioration de l’accessibilité et de l’abordabilité.(111-113)

MISE EN APPLICATION

L’adoption de lois sur le conditionnement à l’épreuve des enfants permet de réduire l’incidence d’empoisonnement.(18, 45, 114)

- > Aux États-Unis, le recours à l’emballage sécurité-enfants a été associé à une réduction de 34 % du taux de mortalité des enfants associé à l’aspirine.(114)
- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l’efficacité.(54)
- > L’efficacité des lois est maximisée lorsqu’elles sont appuyées par des activités d’éducation.(46)

ÉDUCATION

Les centres antipoison permettent de générer des économies médicales considérables si le public est bien renseigné concernant le recours à ceux-ci.(18)

- > Les connaissances parentales et la disponibilité, l’accessibilité et la facilité d’utilisation des centres antipoison auront un impact sur leur utilisation. Les activités d’éducation peuvent aider à augmenter les connaissances des parents.(18)

SECTION 2

Bonnes pratiques relatives à la prévention de l'étranglement/la suffocation chez les enfants

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

MISE EN
APPLICATION

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.((18))

- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46)

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.(18, 115)

- > La réglementation/l'interdiction de produits grâce aux lois est recommandée pour les ballons en latex, les substances non comestibles dans les produits alimentaires, les cordons sur les revêtements pour fenêtre (p. ex., stores horizontaux) et les cordons sur les vêtements des enfants.(18)
- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46)

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.(18)

- > Une étiquette qui indique seulement « Pour les enfants de 3 ans et plus » n'explique pas le risque au parent de façon adéquate.(18)
- > Le niveau de mise en application aura un impact sur l'efficacité.(54)
- > L'efficacité des lois est maximisée lorsqu'elles sont appuyées par des activités d'éducation.(46)

Bonnes pratiques relatives à la sécurité générale à la maison pour les enfants

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

MISE EN
APPLICATION

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 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.(116-119)

- > La qualité et la quantité des données probantes varient en fonction des différents types de dangers et des différents âges des enfants. Elles sont plus faibles dans certains domaines, comme l'électrocution, en raison du nombre peu élevé d'incidents. Ce qui est clair est que pour chaque type de danger, l'orientation des données probantes est toujours la même.(116-119)
- > L'efficacité des codes du bâtiment non volontaires dépend de leur formulation, de leur mise en pratique et de leur application.(116-119)
- > Les codes du bâtiment relèvent des ministères du logement, mais la formulation nécessiterait une collaboration entre différents secteurs, y compris la santé.(116-119)
- > Il est nécessaire de tenir compte de la capacité et du mécanisme de mise en application.(116-119)
- > Les codes du bâtiment doivent tenir compte du danger quel que soit l'environnement, prendre en considération les besoins spéciaux des enfants et être compréhensibles pour les individus qui mettent les codes en pratique et veillent à leur application.(116-119)

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 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.(116-119)

- > Les codes du bâtiment qui ne s'appliquent qu'aux nouveaux logements sont susceptibles d'oublier les enfants les plus à risque, qui sont plus susceptibles de vivre dans des immeubles plus anciens et plus dangereux; il est donc préférable que les codes du bâtiment s'appliquent à **tous les logements**.(116-119)
- > La qualité et la quantité des données probantes varient en fonction des différents types de dangers et des différents âges des enfants. Elles sont plus faibles dans certains domaines, comme l'électrocution, en raison du nombre peu élevé d'incidents. Ce qui est clair est que pour chaque type de danger, l'orientation des données probantes est toujours la même.(116-119)
- > L'efficacité des codes du bâtiment non volontaires dépend de leur formulation, de leur mise en pratique et de leur application.(116-119)
- > Les codes du bâtiment relèvent des ministères du logement, mais la formulation nécessiterait une collaboration entre différents secteurs, y compris la santé.(116-119)
- > Il est nécessaire de tenir compte de la capacité et du mécanisme de mise en application.(116-119)
- > Les codes du bâtiment doivent tenir compte du danger quel que soit l'environnement, prendre en considération les besoins spéciaux des enfants et être compréhensibles pour les individus qui mettent les codes en pratique et veillent à leur application.(116-119)

ÉDUCATION

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.(45, 83, 84, 120, 121)

- > La disponibilité, l'accessibilité, le coût et la facilité d'utilisation des articles recommandés lors de la vérification de la sécurité à la maison auront un impact sur leur adoption.(83, 84, 96, 121)
- > La fourniture d'équipement de sécurité gratuit permet d'augmenter l'utilisation, mais les indications sont moins claires dans le cas de l'équipement offert à rabais.(84)
- > Une fourniture efficace d'équipement de sécurité nécessite un soutien continu, en plus de l'installation et de l'entretien.(97)
- > L'existence de lois à l'appui et de mesures d'application efficaces peut faire augmenter la disponibilité du financement pour des programmes d'équipement et l'adoption de mesures de sécurité dans la maison.(97)
- > Le moment où la formation est donnée et l'élaboration de documents et de conseils (style, langue et exemples) adaptés à la communauté cible (p. ex., à faible revenu, minorités ethniques) sont des clés de la réussite.(97)
- > L'adoption et la réussite des interventions dépendent du fait que les interventions sont adaptées aux limites concrètes et aux attentes culturelles des parents. Un obstacle particulier est le fait que les parents ne peuvent pas toujours modifier des logements loués ou partagés.(97)

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.(122-125)

 **Exemple :** Programme de trousse de sécurité, Québec, Page 52.

- > Les visites à domicile qui soutiennent les familles de jeunes enfants peuvent fournir des renseignements concernant des enjeux tels que l'installation de barreaux dans les fenêtres, de barrières pour escalier, d'autres équipements de sécurité à la maison et empêcher l'utilisation de marchettes, de sièges de bain et d'autres équipements qui entraînent un risque de blessure.(122-125)
- > La disponibilité, l'accessibilité, le coût et la facilité d'utilisation des articles recommandés lors de la vérification de la sécurité à la maison auront un impact sur leur adoption.(83, 84, 96)

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.(83, 126-128)

 **Exemple :** A Million Messages, Alberta, Page 50.

- > La disponibilité, l'accessibilité, le coût et la facilité d'utilisation des articles recommandés lors de la vérification de la sécurité à la maison auront un impact sur leur adoption.(83, 126)
- > Ceux qui fournissent les renseignements ont également besoin d'une formation initiale et continue afin de s'assurer que le contenu/matériel fourni est à jour. (129, 130)

SECTION 2

Bonnes pratiques en matière de prévention communautaire générale des blessures chez les enfants

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

ÉDUCATION

Les programmes scolaires d'éducation sur la prévention des blessures pourraient faire augmenter les connaissances et le comportement ayant trait à la sécurité.(131-133)

 **Exemple :** Programme Pensez d'Abord les enfants TD, À l'échelle nationale, Page 54.

- > Les programmes d'éducation à grande échelle peuvent nécessiter un financement continu considérable.(134)
- > Ces types de programmes ont été mis en oeuvre avec succès, grâce à l'appui de coalitions communautaires.(134)
- > Les programmes d'éducation à grande échelle dans l'ensemble du système ont un excellent potentiel, particulièrement s'ils sont recommandés par le gouvernement, parce leur durabilité peut être plus longue que les programmes uniques.(133, 135)
- > Il faut du temps pour obtenir l'acceptation et le soutien de la part des administrateurs scolaires et des enseignants.(134)
- > Les programmes scolaires sont plus efficaces s'ils sont soutenus par des changements de politiques et des modifications de l'environnement afin d'appuyer les changements de comportement.(131, 135, 136)

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.(136-143)

- > Les programmes d'éducation à grande échelle peuvent nécessiter un financement continu considérable.(134, 137)

Bonnes pratiques en matière de leadership du système, d'infrastructure et de capacité à soutenir la prévention des blessures chez les enfants

DÉCLARATION

POINTS RELATIFS AU TRANSFERT ET À LA MISE EN ŒUVRE

Lorsque des activités de développement des compétences, comme les conférences, les ateliers et les programmes d'éducation permanente, ont eu lieu, des avantages considérables pour le travail de prévention des blessures ont été observés.(4, 144)

 **Exemple :** *Acquired Brain Injury Strategy*, Saskatchewan, Page 56.

> La formation et les autres mécanismes de soutien peuvent s'avérer essentiels pour la facilitation de l'adoption et de la mise en œuvre au niveau local de politiques nationales.(145)

Un leadership à l'échelle nationale est requis pour établir une orientation et élaborer une vision de l'avenir, élaborer des stratégies de changement, aligner les individus, inspirer et donner de l'énergie.(55, 145-147)

 **Exemple :** Collaboration atlantique pour la prévention des blessures, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard, Page 58.

 **Exemple :** *Provincial Injury Prevention Strategy*, Nouvelle-Écosse, Page 66.

 **Exemple :** Semaine SécuritéJeunes 2001 - Prévention des brûlures et des échaudures chez les jeunes enfants, À l'échelle nationale, Page 68.

> La gestion des changements nécessite un bon leadership, afin de rassembler et de coordonner les composants d'une infrastructure efficace en matière de prévention des blessures et les stratégies de prévention qui en découlent, ainsi que d'intégrer les résultats pour s'assurer d'atteindre les objectifs.(145)

La collecte et la diffusion de données sont absolument essentielles pour la surveillance et l'évaluation des programmes de prévention des blessures et l'élaboration de politiques et de pratiques.(4, 46, 54, 55, 115, 146, 148, 149)

 **Exemple :** Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, À l'échelle nationale, Page 60.

 **Exemple :** Système canadien de surveillance des décès liés à l'eau, À l'échelle nationale, Page 62.

 **Exemple :** Rapports sur le fardeau économique des blessures au Canada, À l'échelle nationale, Page 64.

> Le recours aux systèmes de surveillance locaux est essentiel pour cibler les interventions, motiver les participants et évaluer les interventions.(148, 149)
> Les données aident à cibler les ressources et les activités pour toucher les personnes dont les besoins sont les plus importants.(46, 54)
> La collecte de données pour tous les groupes d'âge peut être plus indiquée que la collecte pour un seul groupe d'âge, car cela permettrait de s'assurer que les données sont toujours considérées comme étant pertinentes.(149)
> Le développement d'un système de données basé sur des systèmes existants permet de réduire la charge de travail.(148)
> Dans les environnements où les statistiques essentielles et les données basées sur les hôpitaux n'existent pas ou sont peu fiables, les enquêtes dans la communauté peuvent constituer l'unique source d'information.(149)
> Parmi les obstacles communs, on peut citer le manque d'engagement de la part des individus et des organismes impliqués, le manque de ressources, le manque de définitions documentées, et des problèmes relatifs à la collecte des données et les mécanismes de consignation.(54)

Les processus d'examen des décès pédiatriques fournissent une occasion unique d'identifier les facteurs de risque et les mesures de prévention possibles.(150-152)

> Leur efficacité est maximisée si des équipes multidisciplinaires utilisent des données provenant de plusieurs sources.(153)
> Les processus d'examen des décès pédiatriques sont surtout utiles si les recommandations qui en découlent sont spécifiques, peuvent être mises en pratique et peuvent être assignées à un intervenant responsable.(151)
> Les activités de développement des compétences pour les membres des comités d'examen des décès, y compris l'éducation sur les pratiques fondées sur les faits, peuvent améliorer la valeur des examens pour les efforts de prévention.(151)
> Bien qu'il soit utile pour tous les types de blessures chez les enfants, l'examen des décès pédiatriques peut s'avérer particulièrement utile lors de l'examen des noyades, vu le manque d'informations relatives aux circonstances de l'incident provenant d'autres sources de données.(154)

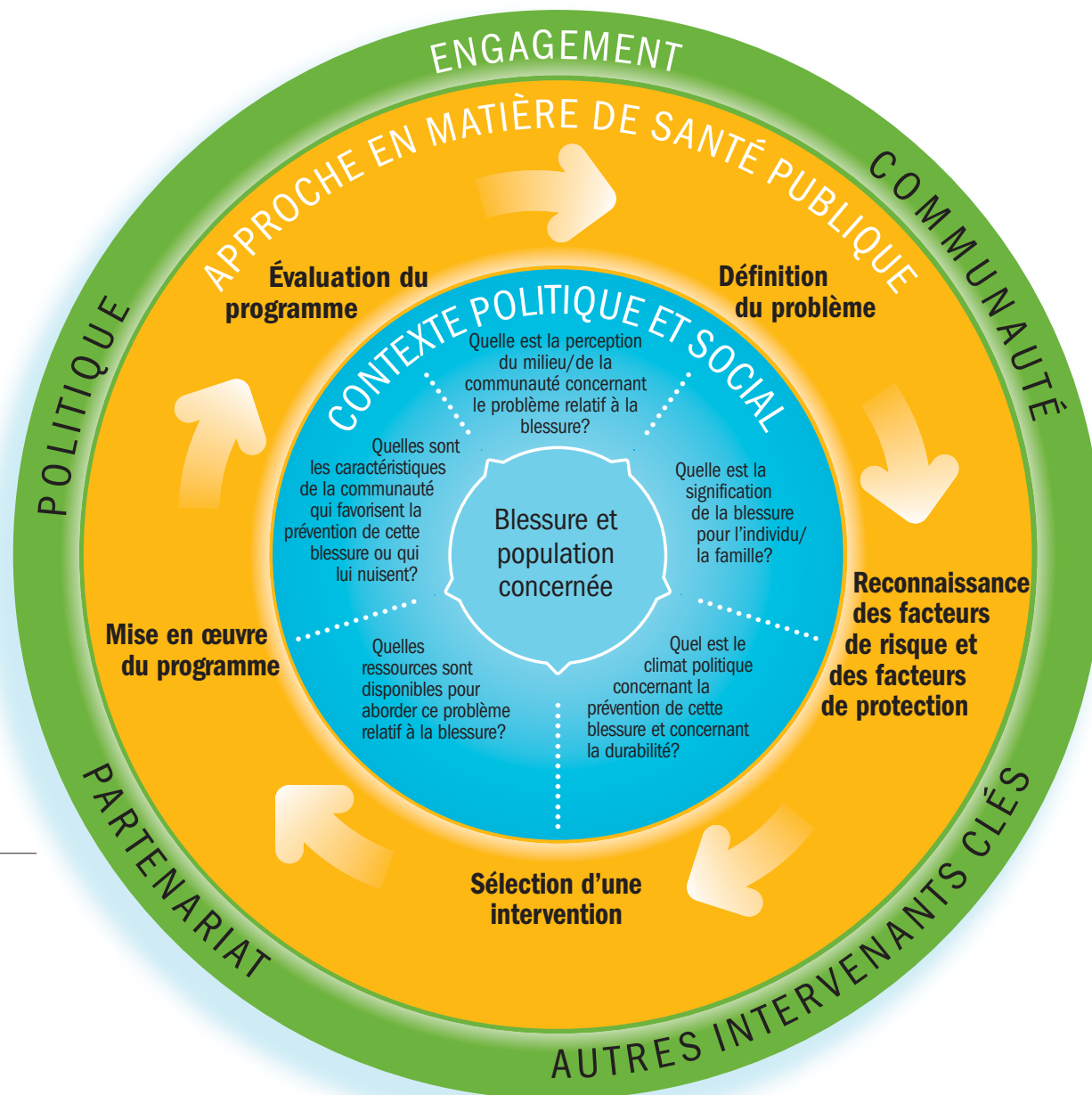
Quand et comment devrions-nous avoir recours aux bonnes pratiques lors de la planification de stratégies en matière de prévention des blessures?

Comme nous l'avons noté plus tôt dans la section expliquant pourquoi les bonnes pratiques ne sont pas mises en œuvre, l'absence de planification efficace est une des raisons pour lesquelles davantage de bonnes pratiques ne sont pas en place. La connaissance des bonnes pratiques fondées sur les faits est essentielle pour la planification efficace et s'avère utile à plus d'un point du processus de planification.(155) En fait, pour qu'un plan ait un véritable impact et utilise les ressources limitées à bon escient, la connaissance des bonnes pratiques est essentielle.

Ce modèle comprend trois composants clés dont il faut tenir compte lors de la sélection et de la mise en œuvre de bonnes pratiques. Lorsque vous abordez chacun des trois composants, n'oubliez pas qu'il est important d'utiliser les ressources à bon escient en se concentrant sur les stratégies les plus susceptibles de produire des résultats afin de trouver de bonnes pratiques qui se sont avérées être efficaces.

FIGURE 3.1

Le recours aux bonnes pratiques afin de planifier des interventions efficaces visant à prévenir les blessures et favoriser la sécurité. Adapté du *Canadian Injury Prevention Curriculum*(158) et de *Injury Prevention: Meeting the Challenge*.(159)





Contexte politique et social

Le contexte politique et social sert de base à ce modèle. L'examen de chacune des cinq questions posées par ce composant du modèle permet de découvrir des renseignements importants relatifs au contexte social et politique dans le cadre duquel vous vous efforcez de sélectionner, de mettre en œuvre et de surveiller de bonnes pratiques fondées sur les faits. Les réponses à ces cinq questions permettront non seulement d'orienter votre sélection des interventions fondées sur les bonnes pratiques afin d'aborder un problème relatif à une blessure, mais elles détermineront également l'ordre dans laquelle vous appliquez des stratégies spécifiques et les techniques que vous adoptez lors de la mise en œuvre de l'intervention.

Par exemple, si la communauté et les politiciens de votre municipalité ne considèrent pas que les blessures subies sur les terrains de jeux constituent un problème de sécurité important, votre stratégie nécessitera une certaine défense des intérêts et une sensibilisation du public concernant le problème et l'existence de solutions basées sur les faits, avant que vous soyez prêt à faire des pressions en faveur de l'adoption d'interventions fondées sur les bonnes pratiques en matière de sécurité sur les terrains de jeux. Le recours à des techniques telles que la défense des intérêts et la sensibilisation du public vous aidera à modifier le contexte social et politique, ce qui vous permettra d'obtenir un soutien communautaire et politique et d'acquiescer des ressources qui créeront les conditions préalables à votre intervention désirée.

L'évaluation du contexte politique et social n'est pas un exercice qui doit être effectué qu'une seule fois. Les bons praticiens doivent évaluer et surveiller sans cesse le contexte, au fur et à mesure qu'ils traversent les étapes de l'approche de santé publique et pendant toute la durée d'une intervention. Ce contexte évoluera et changera sans cesse au fil du temps. Si vous vous assurez de toujours bien comprendre ce contexte, vos efforts de prévention des blessures seront plus efficaces et, en fin de compte, plus fructueux.

Le fait d'étayer les actions grâce à la planification de la prévention constitue une compréhension approfondie du contexte politique et social dans le cadre duquel vous travaillez. En répondant à ces questions, vous pourrez déterminer :

- si les individus, les familles et la communauté considèrent que cette blessure constitue un problème;
- s'ils considèrent que la blessure peut être évitée;
- s'il existe des champions à recruter ou des opposants à convaincre;
- les actifs dont dispose votre communauté et sur lesquels vous pouvez vous baser; et
- si vous possédez les ressources et la volonté politique nécessaires pour aborder le problème relatif à la blessure.

Approche en matière de santé publique

Le deuxième composant de ce modèle aborde les cinq étapes de l'approche de santé publique de la sélection, de la mise en œuvre et de la surveillance de bonnes pratiques fondées sur les faits. Chaque étape s'appuie sur l'étape précédente et toutes les étapes sont interreliées. Les étapes sont décrites ci-dessous :

- **Définition du problème** – recueillir des renseignements concernant l'importance, l'étendue, les caractéristiques et les conséquences du problème relatif à la blessure.
- **Reconnaissance des facteurs de risque et des facteurs de protection** – en se basant sur le problème défini, déterminer les facteurs qui font augmenter ou diminuer le risque de blessure.
- **Sélection d'une intervention** – tenir compte des facteurs qui peuvent être modifiés grâce à des interventions, en se basant sur votre contexte social et politique; examiner les ouvrages relatifs aux bonnes pratiques concernant cette question et sélectionner les interventions les plus appropriées.
- **Mise en œuvre du programme** – planifier les interventions et les mettre en œuvre dans différents milieux appropriés.
- **Évaluation du programme** – surveiller les effets des interventions; tenir compte de l'impact et des résultats et du rapport coût-efficacité global.

N'oubliez pas que d'un bout à l'autre de l'approche de santé publique, vous devez tenir compte du contexte politique et social et le réévaluer.

Engagement

Ce composant est présenté sous forme d'anneau qui entoure le modèle, indiquant ainsi que c'est l'engagement qui assure la cohérence du modèle. L'engagement d'autres personnes lorsque vous évaluez le contexte politique et social et lorsque vous développez, mettez en œuvre et surveillez une intervention fondée sur les faits est un aspect essentiel de votre réussite. L'engagement de la communauté, des intervenants, des politiciens, des décideurs et des partenaires vous aidera non seulement à modifier le contexte politique et social (afin d'établir les conditions requises pour votre réussite), mais il vous permettra également s'assurer une approche plus collaborative afin de développer des compétences, de tirer parti des connaissances et de l'expérience d'autres individus, de reconnaître les champions et de mettre d'autres ressources sur la table.

En orientant les efforts collectifs sur les bonnes pratiques fondées sur les faits, vous pouvez préconiser des changements aux politiques, aux normes et aux lois à tous les niveaux de gouvernement, afin d'assurer la sécurité des enfants et des jeunes là où ils vivent, où ils jouent et où ils apprennent. Chacun peut plaider en faveur de la sécurité s'il se renseigne sur les enjeux et travaille avec les partenaires locaux, la communauté et d'autres intervenants clés afin d'impliquer les décideurs. Selon le domaine spécifique de la prévention des blessures ou de la promotion de la sécurité sur lequel vous vous concentrez, d'autres intervenants peuvent être reconnus et impliqués dans ces activités.

Parmi d'autres éléments généraux à ne pas oublier afin d'assurer la réussite de la planification et de la mise en œuvre de stratégies fructueuses relatives aux bonnes pratiques, on peut citer :

- La base de la planification, de la surveillance et de l'évaluation de politiques et de programmes doit être la présence d'informations exactes et fiables. Le fait de prendre le temps d'obtenir ces informations fera augmenter la possibilité de réussite, soutiendra les améliorations apportées en cours de route et facilitera le partage des enjeux relatifs au transfert et à la mise en œuvre avec d'autres personnes qu'une approche semblable pourrait intéresser.
- L'élaboration de politiques ou de programmes est dénuée de sens si elle n'est pas suivie par une mise en œuvre et une évaluation. La capacité et les ressources nécessaires pour donner, surveiller et évaluer la politique ou les programmes doivent être pris en compte au moment du développement.
- Les enfants, en tant que public ciblé, doivent être impliqués lors de la conception de politiques et de programmes.
- Les objectifs des politiques et des programmes doivent être clairs, non ambigus et mesurables.



- Les approches éducatives, à elles seules, n'auront probablement qu'une efficacité limitée. Elles doivent faire partie d'un ensemble d'initiatives plus large, qui ont recours au jeu complet d'instruments politiques à la disposition des décideurs, comme la modification de l'environnement, les normes, la législation, etc. De même, la modification de l'environnement, les normes et la législation seront vraisemblablement moins efficaces si elles ne comprennent pas des approches éducatives de soutien.
- Bien que le secteur de la santé soit important, il n'est qu'un des multiples partenaires dans la recherche des façons de réduire les blessures. L'action multisectorielle est essentielle et la coordination du travail doit être assurée entre les secteurs et les ministères.

Tenez compte de chaque composant du modèle individuellement, puis dans le cadre d'une approche intégrée, afin de planifier des mesures qui parviennent de façon efficace à prévenir les blessures et à promouvoir la sécurité. En fin de compte, les interventions fructueuses :

- sont créées dans le cadre d'une planification exhaustive et sont fondées sur les données probantes et les bonnes pratiques;
- abordent tant les déterminants généraux des blessures (p. ex., statut socioéconomique) que les facteurs de risque particuliers relatifs aux blessures chez les enfants (p. ex., exposition à un danger);
- nécessitent des mesures sur plusieurs secteurs, plusieurs facettes et plusieurs niveaux de la part des gouvernements et autres intervenants, en ayant recours à différents instruments politiques;
- ciblent les populations qui en ont le plus besoin et sont adaptées aux ressources, aux circonstances et aux besoins locaux.

Quels enjeux doivent être pris en considération lors de la sélection de stratégies?

Trois domaines d'information doivent être pris en considération lors de la sélection de stratégies et lors de la planification des stratégies et des actions.

N° 1 Des données probantes indiquent-elles que l'approche s'est avérée efficace ailleurs?

La stratégie de prévention des blessures est-elle acceptée comme bonne pratique fondée sur les faits? Dans l'affirmative, il est possible d'examiner d'autres domaines d'information dont il faut tenir compte lors de la sélection d'une stratégie. Dans la négative, et si la décision de l'utiliser est prise, alors de la perspective de l'utilisation responsable des ressources, il faut examiner si les compétences, la capacité, les ressources et les méthodes permettant d'organiser l'évaluation d'une stratégie qui répondra à la question de l'efficacité, ou au moins ajouter aux données existantes, sont disponibles ou peuvent être obtenues.

N° 2 L'environnement politique et social actuel est-il disponible et prêt à adopter la stratégie de prévention des blessures?

Cela nécessite l'évaluation de la transférabilité d'une stratégie à un nouvel environnement. La transférabilité a trait aux conditions qui doivent être présentes pour augmenter la probabilité qu'une stratégie réussisse dans un nouvel environnement. Elle inclut des facteurs tels qu'un soutien politique adéquat, un leadership fort, une infrastructure stable, des ressources et une capacité adéquates, un climat social en faveur d'une stratégie et le temps nécessaire pour adopter et mener à bien la stratégie, de la planification à l'évaluation. Il s'agit de questions de plus haut niveau que les détails spécifiques relatifs à la planification de la mise en œuvre d'une stratégie; elles sont souvent oubliées et sont rarement, voire jamais, incluses dans des articles scientifiques qui présentent l'efficacité de la stratégie.

N° 3 Existe-t-il une compréhension réaliste et claire du processus requis pour entreprendre la stratégie de prévention des blessures?

Le transfert et la mise en œuvre réels d'une stratégie ne réussiront que lorsqu'un processus bien réfléchi aura été élaboré et mis en pratique. Le processus doit se pencher de façon réaliste sur les précisions relatives au qui, au quoi, au comment, au quand et au lieu de la mise en place de la stratégie. Ces informations doivent être prises en considération lors de l'établissement des plans stratégiques et d'action, bien qu'il soit probable que les décisions ne seront pas toutes prises tant que des plans de mise en œuvre et d'évaluation

plus détaillés ne seront pas élaborés. Comme les questions relatives à la transférabilité, les questions relatives à la mise en œuvre sont des questions pratiques, qui sont souvent oubliées et rarement incluses dans les articles scientifiques qui présentent l'efficacité de la stratégie.

Bien que les informations requises pour répondre à la première question relative à l'efficacité soient présentées dans les articles des journaux scientifiques et des examens sommaires, les informations nécessaires pour aider les planificateurs à sélectionner des stratégies potentielles et à répondre aux questions 2 et 3 ci-dessus ne peuvent être obtenues qu'en faisant quelque chose soi-même ou en apprenant de l'expérience des autres. Voilà pourquoi l'échange d'expériences réelles relatives au transfert et à la mise en pratique de stratégies est un ajout essentiel aux études scientifiques qui examinent l'efficacité lorsqu'elles évaluent les bonnes pratiques. Elle souligne également l'importance, pour le domaine de la prévention des blessures, de la documentation et du partage des processus de sélection, de transfert et de mise en œuvre de stratégies, en plus de l'évaluation. La documentation est quelque chose qui, jusqu'à aujourd'hui, n'a pas été effectuée régulièrement ou qui, si elle a été effectuée, a fini dans des classeurs poussiéreux et n'a jamais été transmise. Cette pratique doit changer.

L'examen des enjeux relatifs à la transférabilité et à la mise en œuvre est un domaine d'étude qui nécessite plus de recherche avant que ces questions soient bien comprises. Toutefois, comme ces enjeux sont essentiels pour la réussite, une liste des questions auxquelles il faut répondre pendant l'établissement des plans stratégiques et d'action est incluse (tableau 3.1). Ces questions abordent des enjeux relatifs à la transférabilité et à la mise en œuvre, et commencent à s'attaquer au besoin d'une approche plus systématique de ces enjeux. Elles devraient aider à reconnaître les facteurs clés qui augmenteront la probabilité de réussite du transfert et de l'adoption.

Il faudra beaucoup de temps pour obtenir les réponses à ces questions, mais une réflexion approfondie à ce sujet pendant le processus de planification devrait augmenter la probabilité de réussite du transfert et de la mise en œuvre des bonnes pratiques fondée sur les faits.



Tableau 3.1 Questions permettant d'appuyer la sélection d'une stratégie relative aux bonnes pratiques.(158)

La stratégie aborde-t-elle au moins un domaine prioritaire?

Le résultat prévu de la stratégie vous aidera-t-il à réaliser au moins un de vos objectifs de prévention des blessures? Par exemple, des données améliorées en matière de surveillance des blessures permettraient peut-être d'aborder multiples domaines en matière d'objectifs et de priorités, tandis qu'une loi spécifique pourrait n'en aborder qu'un seul. Toutefois, l'élément important ici consiste à s'assurer que les mesures sont alignées avec les objectifs et les priorités.

La stratégie implique-t-elle une approche exhaustive, qui tient compte de l'éducation, de l'ingénierie et de l'application?

Dans la négative, est-il possible de développer la stratégie afin qu'elle le fasse? Par exemple, en veillant à ce qu'un composant pédagogique (p. ex., une campagne de sensibilisation) soit disponible pour appuyer une nouvelle loi.

Le transfert de la stratégie/de l'intervention est-il pratique et réaliste?

1. Peut-il être mis en œuvre raisonnablement dans le nouvel environnement proposé?

- Disposez-vous de la structure organisationnelle et des processus nécessaires? Par exemple, avez-vous accès au public ciblé? Dans la négative, la structure et les processus nécessaires peuvent-ils être mis en place? Disposez-vous d'un moyen de recueillir toute l'information nécessaire pour évaluer vos efforts? Y a-t-il un organisme chef de file logique qui peut réaliser ces plans?
- Disposez-vous du soutien nécessaire de la part des décideurs? Dans la négative, est-il possible de l'obtenir? Avez-vous des champions qui peuvent vous aider?
- La stratégie/l'intervention peut-elle être intégrée à des initiatives politiques existantes? Par exemple, pouvez-vous la lier aux travaux en cours pour réduire l'obésité, les privations sociales ou les émissions de gaz dans l'environnement?
- Disposez-vous des ressources nécessaires pour établir l'effort et le soutenir? Dans la négative, avez-vous des idées prometteuses sur les manières de les obtenir?
- Possédez-vous les connaissances et les aptitudes nécessaires? Les bonnes personnes sont-elles assises à la table de planification? Dans la négative, ces compétences peuvent-elles être obtenues? Existe-t-il un groupe de personnes dévouées pour se faire les champions de l'enjeu et constituer une masse critique? Existe-t-il une personne-ressource interne auprès du gouvernement ou d'un groupe professionnel qui possède les compétences techniques et les contacts clés nécessaires?



Le transfert de la stratégie/de l'intervention est-il pratique et réaliste?

2. Quels sont les obstacles au transfert d'une stratégie/de l'intervention?

- Comprenez-vous les caractéristiques des personnes et de la communauté, y compris une connaissance de leur culture, de leur religion, de leur histoire, etc.?
- La communauté est-elle prête à accepter la stratégie/l'intervention? Par exemple, la communauté d'Alberta est-elle prête à accepter les lois sur le port du casque de cycliste?
- Qui s'oppose à l'introduction de l'intervention? Les gens acceptent-ils de travailler à l'extérieur du mandat de leur organisme ou de sa portée immédiate?
- La stratégie/l'intervention est-elle assez bien ciblée? Assurez-vous que le travail est clair et réalisable.
- Quelle est l'ampleur du combat? Vaut-il la peine qu'on y investisse des ressources dès maintenant, ou existe-t-il d'autres stratégies qui pourraient avoir une probabilité accrue de réussite? Combien est-ce que j'investis, par rapport à ce que je vais en retirer?
- Avez-vous le temps nécessaire relativement aux cycles de politique ou de financement ou pour démontrer une mise en œuvre fructueuse? Pouvez-vous obtenir un soutien financier pendant une période suffisante pour mettre en œuvre la stratégie et en assurer le suivi afin d'évaluer son impact? Par exemple, un changement de gouvernement qui pourrait avoir un impact sur ce que vous tentez de réaliser est-il probable?

3. Les obstacles peuvent-ils être surmontés?

- Existe-t-il des champions de la prévention des blessures ou des enfants (p. ex., individus, vedettes ou ONG)?
- Existe-t-il un processus politique plus important auquel vous pouvez vous associer (p. ex., déclarations, chartes ou résolutions internationales, politiques nationales de réduction de la consommation d'alcool ou stratégies relatives au transport)?
- Si la communauté n'est pas prête à accepter la stratégie/l'intervention, existe-t-il des étapes préalables qui pourraient contribuer à préparer la communauté (p. ex., une campagne de sensibilisation)?
- Existe-t-il des occasions d'impliquer la communauté et le public ciblé spécifique dans la planification et la mise en œuvre de la stratégie/l'intervention?
- Pouvez-vous obtenir une recommandation politique de la stratégie afin de vous assurer que sa durée de vie ne se limite pas à celle d'un gouvernement en particulier?
- Pouvez-vous obtenir un engagement à recevoir du financement pendant une période suffisamment longue pour démontrer l'efficacité dans votre environnement?

La stratégie est-elle appropriée pour le public ciblé? Dans la négative, quelles adaptations doivent être effectuées pour tenir compte du groupe ciblé spécifique?

Possédez-vous des preuves que la stratégie est utilisée pour votre public ciblé, mais dans un autre environnement, ou encore dans votre environnement, mais relativement à d'autres fins? Quelles sont les caractéristiques spécifiques de votre public ciblé dont vous pourriez avoir à tenir compte? Par exemple, si vous vous intéressez à une loi sur le port du casque de cycliste, vous devrez peut-être vous pencher sur les questions de l'accès à l'information concernant les casques ou des modifications favorisant la réduction du risque dans des quartiers défavorisés.



Existe-t-il autre chose qui pourrait soutenir une culture de bonnes pratiques relatives à la prévention des blessures chez les enfants et la promotion de la sécurité?

Lorsqu'il s'agit de développer une culture en matière de bonnes pratiques relatives à la prévention des blessures chez les enfants et la promotion de la sécurité au Canada, le défi est le fait qu'il n'existe ni approche systématique de la question, ni endroit où trouver les bonnes pratiques pour différents problèmes liés aux blessures. Nous espérons que ce guide constituera le point de départ d'une telle approche. Ce guide se concentre sur les bonnes pratiques fondées sur les faits et sur les meilleurs investissements qui ont un impact véritable, et constitue un outil qui permet d'augmenter la sensibilisation et de faire connaître les stratégies/interventions qui sont fondées sur les faits. De plus, lorsque des conseils disponibles relatifs au transfert et à la mise en œuvre et des exemples de réussite dans le « monde réel » dans au moins un milieu au Canada ont été décrits, cela fournit une occasion d'apprentissage à ceux qui envisagent la stratégie/l'intervention à ne pas oublier avant la sélection, le transfert et la mise en œuvre.

Ce guide tente également de fournir des conseils concrets sur les manières d'avoir recours aux bonnes pratiques lors de l'élaboration de plans stratégiques et d'action pour la prévention des blessures accidentelles et la promotion de la sécurité, ainsi que sur les points du processus où la connaissance des bonnes pratiques s'avère être plus utile. Il souligne également l'importance de prendre le temps de résoudre les problèmes relatifs à la transférabilité avant la sélection finale des stratégies.

Nous espérons qu'en assurant la sensibilisation aux stratégies efficaces, la communauté de prévention des blessures (praticiens de santé publique, services d'urgence, etc.) pourra mieux encourager les décideurs à adopter de bonnes pratiques fondées sur les faits dans leur environnement et commencer à travailler pour mettre en œuvre ces changements. Toutefois, si la communauté de prévention des blessures doit utiliser à bon escient les ressources limitées et avoir l'impact le plus important sur la vie des enfants canadiens, l'action et l'engagement sont requis sur plusieurs niveaux. En conclusion, nous résumons l'action et l'engagement requis de la part des organismes internationaux, des organismes non gouvernementaux canadiens, des gouvernements national/provinciaux/territoriaux, des chercheurs en blessures et des praticiens en matière de blessures eux-mêmes.

Les organismes internationaux peuvent :

- Encourager et faciliter l'échange d'informations sur les bonnes pratiques et les questions relatives à la transférabilité des programmes de prévention des blessures chez les enfants par les gouvernements et les organismes nationaux.
- Aider les pays et les régions à développer des compétences permettant d'aborder les blessures chez les enfants en ayant recours aux bonnes pratiques.
- Travailler en coopération avec d'autres organismes internationaux pour favoriser les bonnes pratiques relativement à la prévention des blessures chez les enfants et la promotion de la sécurité.
- Encourager l'évaluation de toutes les initiatives de prévention des blessures chez les enfants afin de reconnaître de nouveaux exemples de bonnes pratiques et de faciliter l'échange d'informations sur les bonnes pratiques entre intervenants.

Les gouvernements national/provinciaux/territoriaux et les organismes non gouvernementaux canadiens peuvent :

- Soutenir et financer des mesures de prévention des blessures fondées sur les bonnes pratiques permettant de réduire les décès des suites de blessures chez les enfants, dans le cadre d'une approche combinée composée d'éducation, d'ingénierie et d'application de normes et de règlements, selon les méthodes spécifiques suivantes :
 - l'échange d'informations sur les bonnes pratiques et les questions relatives à la transférabilité concernant les programmes de prévention des blessures chez les enfants.
 - l'élaboration améliorée et l'application accrue de normes relatives à la sécurité des enfants et d'autres lois sur la sécurité.
 - le soutien d'une culture de bonnes pratiques et l'évaluation de toutes les initiatives de prévention des blessures chez les enfants.
 - la prise et le maintien des engagements d'adopter de bonnes pratiques.

Les chercheurs en blessures peuvent :

- Effectuer des études afin de mieux comprendre les processus par lesquels les stratégies/interventions sont reconnues, adoptées, mises en œuvre et maintenues, ainsi que pour comprendre les facilitateurs et les obstacles au transfert de bonnes pratiques d'un environnement à l'autre.
- Évaluer les stratégies de prévention des blessures chez les enfants qui ne sont pas avérées efficaces ou inefficaces, afin de développer nos connaissances de ce qui constitue une bonne pratique.
- Procéder à des études sur l'efficacité des coûts afin de fournir aux décideurs plus d'informations pour les aider à choisir une bonne pratique ou l'autre.
- Travailler avec des experts/organismes en transfert des connaissances afin de traduire les résultats de la recherche en déclarations clés faciles à comprendre.
- Diffuser ces déclarations et jouer un rôle plus actif dans la préconisation des choix politiques qui permettent le transfert et la mise en œuvre de bonnes pratiques.

Les praticiens en blessures peuvent :

- Transmettre les preuves/les faits concernant ce qui fonctionne réellement, et montrer des exemples de ces réussites.
- Développer et étendre des réseaux de collaboration avec d'autres ONG qui s'intéressent à la sécurité et avec des intervenants majeurs du milieu des affaires, du gouvernement et des universités, afin de promouvoir et faciliter l'adoption d'une culture fondée sur les bonnes pratiques en matière de prévention des blessures chez les enfants.
- Fournir leurs compétences dans le domaine de la prévention des blessures chez les enfants concernant ce qui fonctionne, ainsi que relativement à la mise en œuvre de bonnes pratiques, de normes et de règlements efficaces, dans différents environnements et différentes cultures.
- Agir comme porte-paroles auprès des gouvernements et de l'industrie concernant la mise en œuvre et l'évaluation de bonnes pratiques en matière de prévention des blessures chez les enfants dans tous les secteurs.
- Évaluer toutes les initiatives de prévention des blessures chez les enfants dirigées par les ONG afin de reconnaître de nouvelles bonnes pratiques et de faciliter l'échange d'informations sur les bonnes pratiques entre intervenants.

Références

1. Public Health Agency of Canada. Leading causes of death, Canada, 2005, Males and Females combined. Public Health Agency of Canada, Statistics Canada, Canadian Institute for Health Information; 2005.
2. Public Health Agency of Canada. Leading Causes of Injury Hospitalizations in Canada, 2005/2006. Public Health Agency of Canada, Statistics Canada, Canadian Institute for Health Information; 2005/2006.
3. World Health Organization. Children's Environment and Health Action Plan for Europe. Budapest, Hungary: World Health Organization, Geneva; June 2004. (EUR/04/5046267/7).
4. World Health Organization. Regional Committee for Europe Fifty-fifth Session: Injuries in the WHO European Region: Burden, challenges and policy response. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2005.
5. World Health Organization. Regional Committee for Europe Fifty-fifth Session: European strategy for child and adolescent health and development. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2005.
6. Gielen AC, Sleet D. Application of behavior-change theories and methods to injury prevention. *Epidemiol Rev* 2003;25:65-76.
7. European Child Safety Alliance. That Sensitive Indicator of the World: An Historical Perspective on Children as Agents of Change in the Field of Health and the Environment. Amsterdam: European Child Safety Alliance; 2004.
8. United Nations General Assembly. Convention on rights of the child. United Nations; 1989. (Document A/RES/44/25).
9. World Health Organization. How can injuries in children and older people be prevented? Denmark: World Health Organization, WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network, Geneva; 2004.
10. Rigby M, Kohler L. Child Health Indicators of Life and Development (CHILD): Report to the European Commission. Centre for Health Planning and Management, Keele, UK, for European Commission Health and Consumer Protection Directorate; 2002.
11. Rigby M, Kohler L, Blair M, Metchler R. Child Health Indicators for Europe: A priority for a caring society. *European Journal of Public Health* 2003;13(3 SUPPL.):38-46.
12. World Health Organization. Regional Committee for Europe Fifty-fifth Session: European strategy for child and adolescent health and development. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2005.
13. Towner E, Towner J. The prevention of childhood unintentional injury. *Current Paediatrics* 2001;11:403-8.
14. UNICEF Innocenti Research Centre. A League Table of Child Deaths by Injury in Rich Nations. Florence; 2001.
15. Laflamme L, Sethi D, Burrows S, Hasselberg M, Racioppi F, Apfel F. Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing. Copenhagen, DK: World Health Organization; 2009.
16. Kline-Weinreich N. Hands-On Social Marketing: A Step-by-Step Guide. London: Sage Publications; 1999.
17. Working Party on Accidents and Injuries. Communications Plan. Working Party on Accidents and Injuries. 2005.
18. Harborview Injury Prevention and Research Center. Best Practices. Seattle: University of Washington; 2001.
19. Viscusi WK, Cavallo GO. The effect of product safety regulation on safety precautions. *Risk Anal* 1994;14(6):917-30.
20. Klassen TP, MacKay JM, Moher D, Walker A, Jones AL. Community-based injury prevention interventions. *Future Child* 2000;10(1):83-110.
21. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AF, et al. World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization, UNICEF; 2008.
22. Royal ST, Kendrick D, Coleman T. Non-legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005(2):CD003985.
23. World Health Organization. World report on child injury prevention: Summary. Geneva: World Health Organization, UNICEF; 2008.
24. National Highway Traffic Safety Administration. Research note: Revised estimates of child restraint effectiveness. Washington, DC: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration; 1996. (96.855).
25. National Highway Traffic Safety Administration. Traffic safety facts, 1999: a compilation of motor vehicle crash data from the Fatality Analysis Reporting System and the General Estimates System. Washington, DC: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration; 2000.
26. Children's Safety Network. Childhood injury: cost & prevention facts. Child safety seats: how large are the benefits and who should pay? Landover, MD. Children's Safety Network: Economics and Insurance Resource Centre; 1997.
27. Weber K. Crash protection for child passengers: a review of best practice. *UMTRI Research Review* 2000;31(3):127.
28. European Transportation Safety Council. Priorities for EU Motor Vehicle Safety Design. Brussels; 2001.
29. Aldman B. Safety equipment for children in cars. *Lakartidningen* 1966;63(14):1345-52.
30. Watson EA, Monteiro MJ. Advise use of rear facing child car seats for children under 4 years old. *BMJ* 2009;338:b1994.
31. Durbin DR, Chen I, Smith R, Elliott MR, Winston FK. Effects of seating position and appropriate restraint use on the risk of injury to children in motor vehicle crashes. *Pediatrics* 2005;115(3):e305-9.
32. Durbin DR, Elliott MR, Winston FK. Belt-positioning booster seats and reduction in risk of injury among children in vehicle crashes. *Journal of the American Medical Association* 2003;289(21):2835-40.
33. Winston FK, Durbin DR, Kallan MJ, Elliott MR. Rear seating and risk of injury to child occupants by vehicle type. *Annual Proceedings/Association for the Advancement of Automotive Medicine* 2001;45:51-60.
34. Arbogast KB, Kallan MJ, Durbin DR. Effectiveness of High Back and Backless Belt-Positioning Booster Seats in Side Impact Crashes. *Annual Proc Association for the Advancement of Automotive Medicine* 2005;49:193-206.
35. Ehiri JE, Ejere HO, Magnussen L, Emusu D, King W, Osberg JS. Interventions for promoting booster seat use in four to eight year olds traveling in motor vehicles. *The Cochrane Collaboration*; 2006. (1469-493X (Electronic) 1361-6137 (Linking)).
36. Turner C, McClure R, Nixon J, Spinks A. Community-based programs to promote car seat restraints in children 0-16 years -- a systematic review. *Accid Anal Prev* 2005;37(1):77-83.
37. Zaza S, Sleet DA, Thompson RS, Sosin DM, Bolen JC, Task Force on Community Preventive S. Reviews of evidence regarding interventions to increase use of child safety seats. *Am J Prev Med* 2001;21(4 Suppl 1):31-47.
38. Berg MD, Cook L, Corneli HM, Vernon DD, Dean JM. Effect of seating position and restraint use on injuries to children in motor vehicle crashes. *Pediatrics* 2000;105(4 Pt 1):831-5.
39. Durbin DR, Kallan MJ, Elliott MR, Cornejo RA, Arbogast KB, Winston FK. Risk of injury to restrained children from passenger air bags. *Traffic Injury Prevention* 2003;4:58-63.
40. Arbogast K, Kallan M, Durbin D. Front versus rear seat injury risk for child passengers: evaluation of newer model year vehicles. *Traffic injury prevention* 2009;10(3):297-301.
41. Greenburg-Seth J, Hemenway D, Gallagher S, Ross J, Lissy K. Evaluation of a community-based intervention to promote rear seating for children. *Am J Public Health* 2004;94(6):1009-13.

Références

42. Istre GR, Stowe M, McCoy MA, Moore BJ, Culica D, Womack KN, et al. A controlled evaluation of the WHO Safe Communities model approach to injury prevention: increasing child restraint use in motor vehicles. *Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Inj Prev* 2011;17(1):3-8.
43. Durbin D, Chen I, Elliott M, Winston F. Factors associated with front row seating of children in motor vehicle crashes. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)* 2004;15(3):345-9.
44. Lennon A. A risky treat: Exploring parental perceptions of the barriers to seating their children in the rear seats of passenger vehicles. *Inj Prev* 2007;13(2):105-9.
45. Towner E, Dowswell T, Mackereth C, Jarvis S. What works in preventing unintentional injuries in children and young adolescents? An updated systematic review. Prepared for the Health Development Agency (HDA), London. Department of Child Health, University of Newcastle upon Tyne; 2001.
46. Christoffel T, Gallagher S. Injury prevention and public health: practical knowledge, skills, and strategies. Maryland: Aspen Publishers; 1999.
47. Evans L. The effectiveness of safety belts in preventing fatalities. *Accid Anal Prev* 1986;18(3):229-41.
48. Evans L. Traffic safety and the driver. New York: Van Nostrand Reinhold; 1991.
49. Kahane C. Fatality and injury reducing effectiveness of lap belts for back seat occupants. Warrendale, PA: Society of Automotive Engineers. Paper; 1987. (870486).
50. National Highway Traffic Safety Administration. Fourth report to Congress: effectiveness of occupant protection systems and their use. Washington, DC: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration; 1999. (DOT HS 808 919.).
51. National Highway Traffic Safety Administration. Final Regulatory Impact Analysis Amendment to Federal Motor Vehicle Safety Standard 208 Passenger Car Front Seat Occupant Protection. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration; 1984. (DOT HS 806 572).
52. Padmanaban J, Ray R. Safety performance of rear seat occupant restraint systems. 36th STAPP Car Crash Conference Proceedings. Warrendale, PA: Society of Automotive Engineers; 1992. (SAE Publication No P-261).
53. Dinh-Zarr T, Sleet D, Shults R, Zaza S, Elder R, Nichols J, et al. Reviews of evidence regarding interventions to increase use of safety seats. *Am J Prev Med* 2001;21(4 Suppl 1):48-65.
54. McClure R, Stevenson M, McEvoy S. The Scientific Basis of Injury Prevention and Control. Melbourne: IP Communications; 2004.
55. World Health Organization. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2004.
56. Webster D, Mackie A. Review of traffic calming schemes in 20 mph zones. Crowthorne: TRL Limited; 1996. (TRL Report 215).
57. Global Road Safety Partnership. Speed management: a road safety manual for decision-makers and practitioners. Geneva; 2008.
58. Retting RA, Farmer CM, McCart AT. Evaluation of automated speed enforcement in Montgomery County, Maryland. Arlington, VA: Insurance Institute for Highway Safety; 2008.
59. Highways Agency. West London speed camera project: analysis of accident data 36 months before and 36 months after implementation. London Research Centre 1997, as cited in Health Evidence Bulletins Wales 1998.
60. Turner C, McClure R, Nixon J, Spinks A. Community-based programmes to prevent pedestrian injuries in children 0-14 years: a systematic review. *Injury Control & Safety Promotion* 2004;11(4):231-7.
61. Christie N, Towner E, Cairns S, Ward H. Children's road traffic safety. An international survey of policy and practice. London: Department for Transport; 2004.
62. Thompson DC, Rivara F, Thompson R. Helmets for preventing head and facial injuries in bicyclists The Cochrane Database of Systematic Reviews; 2009(1).
63. Attewell RG, Glase K, McFadden M. Bicycle helmet efficacy: a meta-analysis. *Accid Anal Prev* 2001;33:345-52.
64. Karkhanavali M, Kalenga JC, Hagel BE, Rowe BH. Effectiveness of bicycle helmet legislation to increase helmet use: a systematic review. *Inj Prev* 2006;12(2):76-82.
65. Royal ST, Kendrick D, Coleman T. Non-legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005(3):CD003985.
66. Dennis J, Potter B, Ramsay T, Zarychanski R. The effects of provincial bicycle helmet legislation on helmet use and bicycle ridership in Canada. *Inj Prev* 2010;16(4):219-24.
67. Robinson D. No clear evidence from countries that have enforced the wearing of helmets. *BMJ* 2006;332:722-5.
68. Spinks A, Turner C, McClure R, Acton C, Nixon J. Community-based programmes to promote use of bicycle helmets in children aged 0-14 years: a systematic review. *International Journal of Injury Control & Safety Promotion* 2005;12(3):131-42.
69. Agran PF, Winn DG. The bicycle: a developmental toy versus a vehicle. *Pediatrics* 1993;91(4):752-5.
70. Macarthur C, Parkin PC, Sidky M, Wallace W. Evaluation of a bicycle skills training program for young children: a randomized controlled trial. *Inj Prev* 1998;4(2):116-21.
71. World Health Organization. Guidelines for safe recreational water environments. Volume 1: Coastal and fresh waters. Geneva: World Health Organization; 2003.
72. United States Department of Transportation. United States Coastguard. Boating Statistics 2000; (COMDTP P16754 14).
73. World Health Organization. Guidelines for safe recreational water environments. Volume 2: Swimming Pools, Spas and similar recreational-water environments. Geneva: World Health Organization; 2003.
74. Thompson DC, Rivara FP. Pool fencing for preventing drowning in children. *Cochrane database of systematic reviews* 2005(3).
75. Gulliver P, Chalmers D, Cousins K. Achieving compliance with pool fencing legislation in New Zealand: how much progress has been made in 10 years? *International Journal of Injury Control & Safety Promotion* 2009;16(3):127-32.
76. European Child Safety Alliance. Be Water Wise Factsheet. Amsterdam: European Child Safety Alliance; 2003.
77. Stoorgard H. Personal communication in August 2005 during interview regarding case study on Drowning Prevention in Iceland. 2005.
78. American Academy of Pediatrics Committee on Injury and Poison Prevention. Policy statement - Prevention of Drowning. *Pediatrics* 2010;126:178-85.
79. Canadian Red Cross. Drowning in Canada 10 Years of Research Module 1 Overview. 2006.
80. Brenner RA, Taneja GS, Haynie DL, Trumble AC, Qian C, Klinger RM, et al. Association between swimming lessons and drowning in childhood: a case-control study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163(3):203-10.
81. Anderson S, Griesemer B, Johnson M, Martin T, McLain L, Rowland T, et al. Swimming programs for infants and toddlers. *Pediatrics* 2000;105(4 1):868-70.

Références

82. Spiegel CN, Lindaman FC. Children can't fly: a program to prevent childhood mortality from window falls. *Inj Prev* 1995;1(3):194-8.
83. DiGuseppi C, Roberts IG. Individual-level injury prevention strategies in the clinical setting. *Future Child* 2000;10(1):53-82.
84. King WJ, LeBlanc JC, Barrowman NJ, Klassen TP, Bernard-Bonnin AC, Robitaille Y, et al. Long term effects of a home visit to prevent childhood injury: three year follow up of a randomized trial. *Inj Prev* 2005;11(2):106-9.
85. The Royal Society for the Prevention of Accidents (RoSPA). *Stair Gates and EN* 1930.
86. Kendrick D, Mulvaney C, Watson M. Does targeting injury prevention towards families in disadvantaged areas reduce inequalities in safety practices? *Health Educ Res* 2009;24(1):32-41.
87. Pearson M, Garside R, Moxham T, Anderson R. Preventing unintentional injuries to children in the home: A systematic review of the effectiveness of programmes supplying and/or installing home safety equipment. *Health Promot* 2010 Dec 3.:[Epub ahead of print].
88. Howard AW, Macarthur C, Willan A, Rothman L, Moses-McKeag A, Macpherson AK. The effect of safer play equipment on playground injury rates among school children. *Can Med Assoc J* 2005;172(11):1443-6.
89. Sherker S, Short A, Ozanne-Smith J. The in situ performance of playground surfacing: implications for maintenance and injury prevention. *International Journal of Injury Control & Safety Promotion* 2005;12(1):63-6.
90. Chelvakumar G, Sheehan K, Hill AL, Lowe D, Mandich N, Schwebel DC. The Stamp-in-Safety programme, an intervention to promote better supervision of children on childcare centre playgrounds: an evaluation in an urban setting. *Inj Prev* 2010.
91. Morrongiello BA, Mark L. "Practice what you preach": induced hypocrisy as an intervention strategy to reduce children's intentions to risk take on playgrounds. *J Pediatr Psychol* 2008;33(10):1117-28.
92. Canadian Standards Association. *Children's playspaces and equipment* Z614-07. 2007.
93. American Academy of Pediatrics Committee on Injury and Poison Prevention. Injuries associated with baby walkers. *Pediatrics* 2001;108(3):790-2.
94. Morrison CD, Stanwick RS, Tenenbein M. Infant walker injuries persist in Canada after sales have ceased. *Pediatr Emerg Care* 1996;12(3):180-2.
95. Norton C, Nixon J, Sibert JR. Playground injuries to children. *Arch Dis Child* 2004;89(2):103-8.
96. Powell EC, Malanchinski J, Sheehan KM. A randomized trial of a home safety education intervention using a safe home model. *The Journal of Trauma* 2010;69(4 Suppl):S233-6.
97. Smithson J, Garside R, Pearson M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Inj Prev* 2010.
98. Mierley MC, Baker SP. Fatal house fires in an urban population. *JAMA* 1983;249(11):1466-8.
99. Sorenson B. Prevention of burns and scalds in a developed country. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care* 1976;16(4):249-58.
100. Smith L, Greene M, Singh H. Study of the effectiveness of the US safety standard for child resistant cigarette lighters. *Inj Prev* 2002;8(3):192-6.
101. Becker L, Cartotto R, Cusick J. The gas fireplace: A new burn hazard in the home. *J Burn Care Rehabil* 1999;20(1 I):85-9.
102. Erdmann TC, Feldman KW, Rivara FP, Heimbach DM, Wall HA. Tap water burn prevention: the effect of legislation. *Pediatrics* 1991;88(3):572-7.
103. Mock C, Quansah R, Krishnan R, Arreola-Risa C, Rivara F. Strengthening the prevention and care of injuries worldwide. *Lancet* 2004;363(9427):2172-9.
104. Han R, Ungar W, Macarthur C. Cost-effectiveness analysis of a proposed public health legislative/educational strategy to reduce tap water scald injuries in children. *Inj Prev* 2007;13(4):248-53.
105. Runyan CW, Bangdiwala SI, Linzer MA, Sacks JJ, Butts J. Risk factors for fatal residential fires. *N Engl J Med* 1992;327(12):859-63.
106. Health Canada. *Children's Sleepwear: Flammability Requirement Guidelines*. 2008.
107. Abdulwadud O, Ozanne-Smith J. Injuries associated with fireworks in Victoria: an epidemiological overview. *Inj Prev* 1998;4(4):272-5.
108. Warda L, Tenenbein M, Moffatt ME. House fire injury prevention update. Part II. A review of the effectiveness of preventive interventions. *Inj Prev* 1999;5(3):217-25.
109. Krug A, Ellis JB, Hay IT, Mokgabudi NF, Robertson J. The impact of child-resistant containers on the incidence of paraffin (kerosene) ingestion in children. *S Afr Med J* 1994;84(11):730-4.
110. Woolf AD, Saperstein A, Forjuoh S. Poisoning prevention knowledge and practices of parents after a childhood poisoning incident. *Pediatrics* 1992;90(6):867-70.
111. Gibbs L, Waters E, Sherrard J, Ozanne-Smith J, Robinson J, Young S, et al. Understanding parental motivators and barriers to uptake of child poison safety strategies: a qualitative study. *Inj Prev* 2005;11:373-7.
112. Ozanne-Smith J, Day L, Parsons B. Childhood poisoning: access and prevention. *Journal Paediatric Child Health* 2001;37:262-5.
113. Chien C, Marriott JL, Ashby K, Ozanne-Smith J. Unintentional ingestion of over the counter medications in children less than 5 years old. *J Paediatr Child Health* 2003;39(4):264-9.
114. Rodgers GB. The effectiveness of child-resistant packaging for aspirin. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 2002;156(9):929-33.
115. Accidental Injury Task Force. *Preventing Accidental Injury- Priorities for Action: Report to the Chief Medical Officer*. London: TSO; 2002.
116. ODPM (Office of the Deputy Prime Minister). *English House Condition Survey 2001*, Office of the Deputy Prime Minister. 2003.
117. ODPM (Office of the Deputy Prime Minister). *Statistical Evidence to Support the Housing Health and Safety Rating System Vols I, II, and III*, London: Office of the Deputy Prime Minister. 2003.
118. ODPM (Office of the Deputy Prime Minister). *Regulatory Impact Assessment: Housing Act 2004 - Part 1: Housing Conditions*, Office of the Deputy Prime Minister. 2005.
119. Raw GJ, Aizlewood, C.E. and Hamilton, R.M., editor. *Building regulation, health and safety*. Watford: Building Research Establishment; 2001.
120. Lyons R, Sander L, Weightman A, Patterson J, Jones S, Lannon S, et al. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;4.

Références

121. Watson M, Kendrick D, Coupland C, Woods A, Futers D, Robinson J. Providing child safety equipment to prevent injuries: randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330(7484):178.
122. Hodnett E, Roberts I. Home based social support for socially disadvantaged mothers. *Cochrane Database Systematic Reviews* 1998(2).
123. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, et al. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch Dis Child* 2000;82(6):443-51.
124. Kendrick D, Illingworth R, Woods A, Watts K, Collier J, Dewey M, et al. Promoting child safety in primary care: a cluster randomised controlled trial to reduce baby walker use. *Br J Gen Pract* 2005;55(517):582-8.
125. Sznajder M, Leduc S, Janvrin MP, Bonnon MH, Aegerter P, Baudier F, et al. Home delivery of an injury prevention kit for children in four French cities: a controlled randomized trial. *Inj Prev* 2003;9(3):261-5.
126. Clamp M, Kendrick D. A randomised controlled trial of general practitioner safety advice for families with children under 5 years. *BMJ* 1998;316(7144):1576-9.
127. Gielen AC, McDonald EM, Wilson ME, Hwang WT, Serwint JR, Andrews JS, et al. Effects of improved access to safety counseling, products, and home visits on parents' safety practices: results of a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(1):33-40.
128. Posner JC, Hawkins LA, Garcia-Espana F, Durbin DR. A randomized, clinical trial of a home safety intervention based in an emergency department setting. *Pediatrics* 2004;113(6):1603-8.
129. Deal LW, Gomby DS, Zippiroli L, Behrman RE. Unintentional injuries in childhood: analysis and recommendations. *Future Child* 2000;10(1):3-22.
130. National Center for Injury Prevention and Control. Working to prevent and control injury in the United States. Fact Book for the Year 2000. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention; 2000.
131. Frederick K, Bixby E, Orzel MN, Stewart-Brown S, Willett K. An evaluation of the effectiveness of the Injury Minimisation Programme for Schools (IMPS). *Inj Prev* 2000;6(2):92-5.
132. National Fire Protection Association USA. Final report of the three-year evaluation of Risk Watch. National Fire Protection Association; 2001.
133. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen, DK: World Health Organization; 2006.
134. National Fire Protection Association USA. Leaders Guide. National Fire Protection Association; 2001.
135. Centers for Disease Control. MMWR Recommendations and Reports: Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. *MMWR*; 1994.
136. Kendrick D, Groom L, Stewart J, Watson M, Mulvaney C, Casterton R. "Risk Watch": cluster randomised controlled trial evaluating an injury prevention program. *Inj Prev* 2007;13(2):93-8.
137. Oxford University/ Oxford Brookes University Evaluation. An evaluation of the Lifeskills-Learning for Living programme. Norwich: Health & Safety Executive; 2003.
138. Pressley JC, Barlow B, Durkin M, Jacko SA, Dominguez DR, Johnson L. A national program for injury prevention in children and adolescents: the injury free coalition for kids. *J Urban Health* 2005;82(3):389-402.
139. Spinks A, Turner C, Nixon J, McClure RJ. The 'WHO Safe Communities' model for the prevention of injury in whole populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009(3):CD004445.
140. Gresham LS, Zirkle DL, Tolchin S, Jones C, Maroufi A, Miranda J. Partnering for injury prevention: evaluation of a curriculum-based intervention program among elementary school children. *J Pediatr Nurs* 2001;16(2):79-87.
141. Hall-Long BA, Schell K, Corrigan V. Youth safety education and injury prevention program. *Pediatr Nurs* 2001;27(2):141-6.
142. Vassilyadi M, Duquette C, Shamji MF, Orders S, Dagenais S. Evaluation of ThinkFirst for kids injury prevention curriculum for grades 7/8. *Can J Neurol Sci* 2009;36(6):761-8.
143. Greene A, Barnett P, Crossen J, Sexton G, Ruzicka P, Neuwelt E. Evaluation of the ThinkFirst for kids injury prevention curriculum for primary students. *Inj Prev* 2002;8(3):257-8.
144. Marsh P, Kendrick D. Injury prevention training: is it effective. *Health Educ Res* 1998;13(1):47-56.
145. Schopper D, Lormand J-D, Waxweiler R. Developing national policies to prevent violence and injuries: a guideline for policy-makers and planners. World Health Organization, Geneva; 2006.
146. Vincenten J. Priorities for child safety in the European Union: agenda for action. Amsterdam: European Child Safety Alliance; 2004.
147. NHS Centre for Reviews and Dissemination UoY. Preventing unintentional injuries in children and young adolescents. *Effective Health Care Bulletin* 1996;2(5).
148. Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O. Injury surveillance guidelines. Geneva: World Health Organization; 2001.
149. Sethi D, Habibula S, McGee K, Peden M, Bennett S, Hyder AA, et al. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. Geneva: World Health Organization; 2004.
150. Christian C, Sege R, Jenny C, Crawford J, Flaherty E, Hibbard R, et al. Policy statement - Child fatality review. *Pediatrics* 2010;126(3):592-6.
151. Johnston BD, Bennett E, Pilkey D, Wirtz SJ, Quan L. Collaborative process improvement to enhance injury prevention in child death review. *Inj Prev* 2011;Feb; 17(Suppl 1):i71-6.
152. Wirtz SJ, Foster V, Lenart GA. Assessing and improving child death review team recommendations. *Inj Prev* 2011;17(Suppl 1):i64-i70.
153. Onwuachi-Saunders C, Forjuoh S, West P, Brooks C. Child death reviews: a gold mine for injury prevention and control. *Inj Prev* 1999;5(4):276-9.
154. Quan L, Pilkey D, Gomez A, Bennett E. Analysis of paediatric drowning deaths in Washington State using the child death review (CDR) for surveillance: what CDR does and does not tell us about lethal drowning injury. *Inj Prev* 2011;17(Suppl 1):i28-i33.
155. MacKay M. Child Safety Action Plan Development [adapted from a PowerPoint presentation]. Brussels: European Child Safety Alliance; 2005 November 2005.
156. Prevention Canadian Collaborative Centres for Injury Prevention. Canadian Injury Prevention Curriculum; 2010; Available from: <http://canadianinjurycurriculum.ca/>.
157. Injury prevention: meeting the challenge. The National Committee for Injury Prevention and Control. *Am J Prev Med* 1989;5(3 Suppl):1-303.
158. Vincenten J. Transferring effort across countries [adapted from PowerPoint presentation]. World Health Organization Child Injury Meeting, Geneva, European Child Safety Alliance; March 2005.

Méthodologie utilisée pour les études de cas

Nous avons pour objet de fournir un échantillonnage d'études de cas afin d'illustrer des exemples de mise en œuvre de bonnes pratiques et de leçons apprises afin d'aider ceux qui envisagent de mettre en œuvre la stratégie dans leur propre environnement. Les exemples d'études de cas inclus constituent une « première ronde », car il existait d'autres exemples qui répondaient à nos critères et qui auraient pu être inclus.

Toutefois, la réalité est que l'efficacité de bon nombre de programmes n'a pas été examinée, et qu'il est encore moins probable que ceux-ci aient été évalués en utilisant un modèle de recherche rigoureux, qui inclut un groupe de comparaison et un regard sur les résultats en matière de comportement et de blessures. Par conséquent, bon nombre de programmes n'ont pu être inclus comme études de cas dans cette version; toutefois, au fur et à mesure que davantage de programmes bénéficieront d'une évaluation adéquate, des exemples supplémentaires devraient pouvoir être ajoutés.

Les études de cas ont été recherchées et sélectionnées en fonction des critères suivants :

- L'exemple de programme tient compte des questions de priorité au Canada (en fonction du fardeau des blessures).
- L'exemple de programme répondait à notre définition des bonnes pratiques.
- L'exemple de programme correspondait à l'une des bonnes pratiques déterminées.
- L'exemple de programme a été mis en œuvre et évalué (les évaluations du procédé et des résultats ont été menées à bien toutes les deux) dans un environnement canadien et s'est avéré efficace.

En plus des critères de sélection, nous avons tenté, lorsque c'était possible, de sélectionner des exemples d'études de cas qui reflétaient une gamme d'intensités relatives aux ressources (p. ex., une gamme de coûts de mise en œuvre) et de niveaux de mise en œuvre (p. ex., national, provincial, régional ou local). Les études de cas ont également été sélectionnées de manière à tenter de refléter les efforts réalisés dans le plus grand nombre possible de régions du Canada. Les exemples d'études de cas ont été recherchés lors d'une première consultation avec le groupe consultatif d'experts (voir Remerciements), composé de représentants d'autres organismes canadiens de prévention des blessures chez les enfants et de promotion de la sécurité. De plus, les contacts avec un organisme ont permis de repérer une deuxième étude de cas.

Pour chaque étude de cas potentielle choisie, les documents disponibles ont été examinés afin de vérifier qu'elle répondait aux critères d'inclusion. Dans quelques cas, une entrevue normalisée a été effectuée afin d'obtenir et de résumer ces informations, avant l'élaboration de la version préliminaire. Une personne-ressource a été identifiée et les études de cas lui ont été envoyées à des fins d'examen, de clarification et de confirmation avant d'être transmises au groupe consultatif d'experts pour l'examen final.





Chaque étude de cas a été élaborée au moyen des rubriques suivantes :

- Niveau de mise en œuvre (quel niveau la stratégie ciblait-elle – national, provincial, régional ou local?)
- Approche de la stratégie (lequel des trois éléments était utilisé – éducation, ingénierie, application ou une combinaison?)
- Environnement de l'intervention (où a-t-elle eu lieu?)
- Public ciblé par l'intervention (vers qui l'intervention était-elle orientée?)
- Intensité des ressources – une indication de l'intensité des ressources requises

•\$ = jusqu'à 30 000 \$ par an

•\$\$ = entre 30 000 \$ et 99 999 \$ par an

•\$\$\$ = entre 100 000 \$ et 499 999 \$ par an

•\$\$\$\$ = entre 500 000 \$ et 999 999 \$ par an

•\$\$\$\$\$ = 1 000 000 \$ ou plus par an

- Le contexte de l'initiative (y compris sa justification, son moteur, ses échéanciers et ses principaux partenaires)
- Le but et les objectifs de l'intervention
- L'évaluation de l'intervention
- Les étapes/mesures clés de l'intervention
- Les leçons apprises (y compris les obstacles et les facteurs de facilitation, les conseils donnés aux pays et les questions relatives à la transférabilité)
- Les références
- Les coordonnées de la personne-ressource pour l'intervention
- Une déclaration des faits venant étayer la stratégie

Il est important de noter que les études de cas incluses dans la section suivante ne constituent qu'une première tentative d'obtenir des exemples illustrant les bonnes pratiques. Des programmes semblables peuvent exister dans des provinces autres que celles utilisées pour les exemples, et nous accueillerons avec plaisir pour les éditions futures des exemples supplémentaires concernant l'un des problèmes particuliers relatifs aux blessures. Veuillez faire parvenir les études de cas à l'adresse safekids.web@sickkids.ca.

*Les implications fournies relatives aux ressources doivent être interprétées avec prudence. En premier lieu, elles ne comprennent pas le soutien en nature, qui dépasse dans de nombreux cas les sommes réellement dépensées pour la mise en œuvre d'une stratégie. En deuxième lieu, bien que les estimations de l'intensité des ressources proviennent du personnel du projet lui-même, on ne doit pas oublier que les coûts varient d'une province à l'autre pour bon nombre de facteurs tels que le temps des individus, l'impression des ressources, etc. Pour cette raison, les ressources requises pour le transfert d'une stratégie d'un environnement à l'autre peuvent différer de ce qui est présenté ici.

Études de cas canadiennes sur les bonnes pratiques

Sécurité des enfants passagers

Promotion de la sécurité des enfants passagers dans les communautés autochtones, Manitoba.....36

Sécurité des enfants piétons

Programme de voitures pilotes, Nouvelle-Écosse.....38

Sécurité des enfants cyclistes

Operation Headway, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard.....40

Sécurité nautique pour les enfants

Programme de prêt de vêtements de flottaison individuels, Manitoba.....42

Règlement municipal concernant les clôtures pour piscine, Ontario.....44

Nager pour survivre, Ontario.....46

Prévention des chutes chez les enfants

Équipement plus sécuritaire sur les terrains de jeux, Ontario.....48

Sécurité générale à la maison pour les enfants

A Million Messages, Alberta.....50

Programme de trousse de sécurité, Québec.....52

Prévention générale des blessures dans la communauté

Programme Pensez d'Abord les enfants TD, À l'échelle nationale.....54





Leadership du système, infrastructure et capacité à soutenir la prévention des blessures chez les enfants

<i>Acquired Brain Injury Strategy</i> , Saskatchewan.....	56
Collaboration atlantique pour la prévention des blessures, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard.....	58
Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, À l'échelle nationale.....	60
Système canadien de surveillance des décès liés à l'eau, À l'échelle nationale.....	62
Rapports sur le fardeau économique des blessures au Canada, À l'échelle nationale.....	64
<i>Provincial Injury Prevention Strategy</i> , Nouvelle-Écosse.....	66
Semaine SécuriJeunes 2001 – Prévention des brûlures et des échaudures chez les jeunes enfants, À l'échelle nationale....	68

En plus des études de cas fournies dans cette édition canadienne, nous avons le plaisir de fournir les liens suivants :

- Pour obtenir d'autres études de cas canadiennes, rendez-vous à l'adresse <http://www.safekidscanada.ca/Professionnels/Outils-et-ressources/Guide/Guide-bonnes-pratiques.aspx>
- Pour obtenir des études de cas européennes, rendez-vous à l'adresse www.childsafetyeurope.org

SECTION 5

Promotion de la sécurité des enfants passagers dans les communautés autochtones Manitoba

Contexte :

Le premier projet de promotion de la sécurité des enfants passagers (2006/07) a bénéficié du soutien et des conseils du groupe de travail Manitoba First Nations Community Wellness, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), de Santé Canada et de Transport Canada, et a fait l'objet d'un examen approprié de l'éthique avant sa mise en œuvre. On sait que les harnais d'auto pour enfants sont peu utilisés dans les communautés des Premières Nations; on avait supposé que parmi les obstacles à leur utilisation, on pouvait citer la sélection, l'achat et l'installation de sièges d'auto et de sièges rehausseurs.

Trois communautés qui avaient récemment participé à un projet de démonstration de la prévention des blessures dans la communauté ont été sélectionnées. Des comités locaux de prévention des blessures ont assuré la coordination du projet au niveau communautaire, et la coordination de l'ensemble du projet a été assurée par IMPACT, le centre provincial de prévention des blessures (qui existait à cette date). Des membres choisis de la communauté ont suivi une formation de technicien de deux jours sur les harnais d'auto pour enfants et ont procédé à des évaluations de base des pratiques relatives à la sécurité des enfants passagers lors d'enquêtes routières et dans les parcs de stationnement. Des groupes de consultation de référence ont eu lieu afin d'examiner les convictions, les pratiques, les obstacles et les solutions locales et d'adapter les interventions. Une brève intervention (correction des erreurs d'installation – sangles insuffisamment serrées, sangles d'attache non utilisées et attache thoracique trop basse, conseils individuels et remplacement de sièges défectueux) a eu lieu lors de l'enquête dans les parcs de stationnement.

Une intervention plus exhaustive a eu lieu dans deux des communautés, la troisième servant de groupe de contrôle. Ces stratégies étaient dirigées par la communauté et adaptées aux besoins locaux, et comprenaient des cliniques d'éducation et des cliniques pratiques sur les sièges d'auto, avec des sièges d'auto polyvalents disponibles (gratuitement ou moyennant 20 \$). Chaque communauté a choisi différentes approches : formation obligatoire pour les parents avant de recevoir un siège gratuit, OU frais de 20 \$ pour recevoir le siège, OU signature du parent sur un contrat indiquant que le siège serait utilisé et ne serait pas vendu (sinon, un paiement serait demandé pour le siège). Les communautés ont eu recours à des documents pédagogiques existants fournis par Transport Canada et les provinces voisines, plutôt que de dépenser des fonds pour créer de nouveaux documents ayant une approche spécifiquement autochtone. Trois mois après la période de l'intervention, les enquêtes routières et dans les parcs de stationnement et les groupes de consultation ont été répétés afin d'évaluer l'efficacité des interventions.

Niveau de mise en œuvre : local

Approche stratégique : éducation

Environnement : communautés des Premières Nations du nord de la province

Public cible : parents d'enfants de 12 ans ou moins

Intensité des ressources : \$

Le programme a été étendu à 14 communautés au cours des deux ans qui ont suivi. Le projet des sièges d'auto faisait partie d'une initiative plus importante, le programme de prévention des blessures dans la communauté, dans le cadre duquel plusieurs communautés ont reçu une formation en matière de prévention des blessures, y compris sur les manières de déterminer les enjeux locaux relatifs aux blessures et de prendre les mesures nécessaires. Les 14 autres communautés incluses dans l'expansion étaient également prêtes à aller de l'avant, car elles avaient déterminé que les accidents d'automobile étaient des enjeux importants pour leur communauté. Sous l'égide d'IMPACT, le gouvernement provincial, DGSPNI Ottawa et FNIH Manitoba Region ont fourni le financement nécessaire pour acheter environ 650 sièges au fabricant.

Le programme de prévention des blessures dans la communauté a pris fin lorsqu'IMPACT a cessé d'être un programme provincial pour devenir un programme des autorités sanitaires et a subi des changements de personnel à différents niveaux. Toutefois, en 2011, on affirme qu'au moins quatre communautés ont encore un programme de sièges d'auto et qu'ils ont recours aux fonds de Grandir ensemble et de Pour des communautés en bonne santé (au niveau communautaire) pour acheter les nouveaux sièges.

Buts et objectifs :

Le but de ce projet consistait à améliorer les pratiques actuelles relatives à la sécurité des enfants passagers dans trois communautés des Premières Nations du Manitoba, en se concentrant sur la bonne utilisation de sièges d'auto et de sièges rehausseurs, sur le port de ceintures de sécurité pour les enfants et leurs parents, sur l'utilisation du siège arrière par les enfants de 12 ans ou moins et sur le fait de ne pas monter à l'arrière des camionnettes.

Les principaux objectifs de ce programme étaient les suivants :

- Évaluer les pratiques actuelles relatives à la sécurité des enfants passagers dans trois communautés des Premières Nations du Manitoba.
- Mieux comprendre les besoins en matière de sécurité des enfants passagers dans ces communautés, y compris les obstacles à l'utilisation correcte et régulière de sièges d'auto, de sièges rehausseurs et de ceintures de sécurité.
- Comparer l'impact d'une brève intervention (dans un parc de stationnement) avec celui d'un programme communautaire plus

intensif sur les pratiques relatives à la sécurité des enfants passagers, y compris la bonne utilisation de sièges d'auto et de sièges rehausseurs, sur le port de ceintures de sécurité pour les enfants et leurs parents, sur l'utilisation du siège arrière par les enfants de 12 ans ou moins et sur le fait de ne pas monter à l'arrière des camionnettes.

Évaluation :

L'évaluation du projet pilote a consisté en des enquêtes routières et dans les parcs de stationnement sur les pratiques relatives à la sécurité des enfants passagers et en l'analyse du contenu produit par des groupes de consultation auprès de membres de la communauté et de groupes intéressés avant l'intervention et trois mois après l'intervention.

Résultats :

- Les communautés ont adopté le projet et prévoyaient de poursuivre les activités relatives à la sécurité des enfants passagers.
- Les commentaires des parents, des coordonnateurs, des groupes communautaires et des praticiens de santé se sont avérés positifs.
- Treize individus des trois communautés ont suivi une formation de technicien sur les harnais d'auto; avant cela, ces communautés ne comptaient aucune personne formée.
- Dans l'ensemble, la pénétration du projet pilote était élevée. Quatre-vingt-six sièges d'auto ont été distribués par l'entremise du programme à des fins communautaires et personnelles; cela représente une proportion importante de la population d'enfants âgés de moins de huit ans.
- L'utilisation des harnais d'auto a augmenté considérablement dans la communauté la plus importante, mais ni dans l'autre communauté où l'intervention a eu lieu ni dans la communauté de contrôle. L'utilisation a augmenté considérablement pour les bébés et les bambins, mais pas pour les sièges rehausseurs ou le port de la ceinture de sécurité. Il faut noter que les parents de jeunes enfants ont été ciblés plus particulièrement, ce qui peut expliquer l'impact différentiel sur les enfants plus jeunes.



- Les enquêtes routières et dans les parcs de stationnement ont fourni un résumé très utile des pratiques observées et déclarées relatives à la sécurité des enfants passagers dans ces communautés.
- Des changements ont été apportés aux politiques au niveau de l'organisation (p. ex., les fourgonnettes de Bon Départ ou les fourgonnettes médicales doivent être dotées de sièges d'auto et les utiliser).

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- Établir un comité local de prévention des blessures afin d'assurer la coordination du projet au niveau communautaire.
- Établir un budget et assurer que le financement est en place pour la formation, les sièges d'auto et d'autres ressources.
- Trouver et recueillir les ressources pour les parents (provenant de Transport Canada, SécuriJeunes Canada, etc.)
- Déterminer comment, à qui et à quel prix (le cas échéant) les sièges d'auto polyvalents seront remis.
- Élaborer les politiques nécessaires pour s'assurer que les sièges d'auto sont utilisés correctement et ne sont pas vendus.
- Déterminer quel niveau de formation est requis et pour qui. Trouver les membres de la communauté qui suivront la formation de technicien sur les sièges d'auto et ceux qui donneront cette formation. Trouver les membres de la communauté qui bénéficieraient d'une formation d'une demi-journée sur les sièges d'auto et ceux qui donneront cette formation.
- Demander à des personnes formées d'effectuer des évaluations de référence des pratiques relatives à la sécurité des enfants passagers lors d'enquêtes routières et dans des parcs de stationnement.
- Demander à des personnes formées de mettre en œuvre une brève intervention (correction d'erreurs, conseils individuels et remplacement de sièges défectueux) lors de l'enquête dans les parcs de stationnement.
- Organiser des groupes de consultation de référence afin d'examiner les convictions, les pratiques, les obstacles et les solutions locales et d'adapter les interventions.
- Planifier et mettre en œuvre des interventions plus exhaustives qui pourraient inclure des cliniques d'éducation et des cliniques pratiques sur les sièges d'auto, ainsi que la remise de sièges d'auto.

- Évaluer l'intervention (p. ex., trois ou six mois après la période d'intervention, procéder à des enquêtes routières et dans les parcs de stationnement et répéter les groupes de consultation).

Leçons apprises :

- Ne faites pas ce travail en hiver! Trois mois ne suffisent pas pour donner le programme et évaluer son impact.
- Si des sièges avaient été remis à des non-utilisateurs dans le cadre de la brève intervention, un impact plus important aurait peut-être été observé.
- Des programmes futurs pourraient examiner le potentiel de la « brève intervention » (points de vérification avec correction immédiate des erreurs, et remise de sièges d'auto à des non-utilisateurs). Une interaction avec les familles individuelles dans leur propre véhicule est la méthode potentiellement la plus prometteuse et est possible dans de petites communautés comme celles-ci.
- Ce projet a servi à sensibiliser les individus à l'importance de la sécurité des enfants passagers et à développer dans la communauté la capacité nécessaire pour aborder cette question. Les compétences et l'infrastructure locales qui ont été développées seront importantes pour la réussite future et essentielles pour que soient apportées des améliorations importantes à la sécurité des enfants passagers.
- Ne pas ajouter les coûts initiaux et les coûts de déplacement du projet aux coûts pour la communauté, sinon la plus grande partie du budget est consacrée au paiement d'une personne pour se déplacer et il ne reste que peu de chose pour la programmation.

Obstacles :

- La durée du projet pilote n'était que de trois mois – une période plus longue est nécessaire pour un plus grand succès.
- L'application de la non-utilisation de harnais d'auto est rare. Les membres de la communauté ont suggéré que des avertissements donnés par la police ou des mesures incitatives pour encourager la conformité permettraient d'augmenter l'utilisation.
- Les individus devaient se rendre dans une communauté centrale pour suivre la formation de technicien de deux jours.
- Il était difficile de planifier les réunions des comités consultatifs locaux.
- Les changements de personnel ont eu un impact sur la mise en œuvre du programme dans certaines communautés.

Certaines communautés intègrent désormais les rôles de prévention des blessures dans les descriptions de travail.

Facilitateurs :

- Le fait d'avoir fourni des sièges au programme Bon Départ autochtone était considéré comme un excellent modèle pour les communautés.
- Le fait de fournir des sièges à un coût peu élevé (20 \$) ou gratuitement encourageait leur utilisation.
- Les compétences du personnel du centre provincial de prévention des blessures se sont avérées utiles.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Amorcer un processus visant à déterminer le niveau de préparation de la communauté.
- Veiller à ce qu'il y ait une personne dédiée dans la communauté afin de guider le programme.
- Avancer au rythme de la communauté et organiser un comité de direction où siègent des représentants de l'organisme provincial des Premières Nations, du gouvernement provincial et du gouvernement fédéral.
- Plutôt que la formation de technicien complète, une orientation pratique d'une demi-journée s'est avérée plus économique et pourrait rejoindre un nombre plus important de personnes critiques (p. ex., conducteurs des fourgonnettes Bon Départ, conducteurs de fourgonnettes médicales).

Coordonnées :

Shawn Feely shawnfeely@mymts.net

Déclaration de faits étayant la stratégie :

La législation des harnais d'auto pour enfants entraîne une augmentation de leur utilisation observée. 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.

SECTION 5

Programme de voitures pilotes Nouvelle-Écosse

Contexte :

Le programme de voitures pilotes a été créé par David Engwicht de Creative Communities International, Queensland, Australie. Il a recours à une approche de marketing social communautaire pour encourager le changement de comportement relatif aux excès de vitesse. Sa première introduction au Canada a été en Nouvelle-Écosse, par l'Ecology Action Centre (EAC) à la fin de l'année 2006. Le Bureau d'assurance du Canada a fourni un financement partiel pendant les trois premières années.

La coordination du programme est assurée par le programme Active & Safe Routes to School (ASRTS) de l'EAC, avec un soutien du ministère du Transport et du Renouvellement de l'infrastructure de la Nouvelle-Écosse et l'IWK Health Centre Foundation. Les parties intéressées communiquent avec l'EAC et reçoivent un soutien, des matériaux et une trousse d'outils gratuits. Les membres de la communauté recrutent les conducteurs des voitures pilotes.

Le programme de voitures pilotes permet d'éviter les excès de vitesse dans les rues d'un quartier. Les conducteurs du quartier signent une promesse de conduite prudente et arborent l'emblème officiel du programme de voitures pilotes sur leur voiture. En acceptant de rouler en respectant la limite de vitesse, les conducteurs font office de « dos d'âne mobiles » et ralentissent la circulation derrière eux. Ces conducteurs consentent également à faire plus attention aux autres usagers de la route, spécialement les piétons et les cyclistes, et à se montrer courtois. On compte plus de 2 400 conducteurs de voitures pilotes dans 25 communautés en Nouvelle-Écosse. Plus le nombre de voitures pilotes est élevé, plus les chances que la vitesse soit réduite augmentent.

Buts et objectifs :

Le but est de réduire la vitesse, de calmer la circulation et d'améliorer la sécurité routière dans la communauté. L'objectif consiste à mettre en œuvre des programmes de voitures pilotes dans les communautés.

Évaluation :

Bien que des mécanismes d'évaluation soient en place, les communautés ne voient pas nécessairement la valeur d'une évaluation formelle; comme ce programme dépend principalement de bénévoles, ceux-ci préfèrent consacrer leur temps au recrutement et à la promotion du programme, plutôt qu'à l'évaluation. Par conséquent, le taux de réponse relativement au programme de voitures pilotes a été lent, mais ceux qui ont répondu estiment que le programme parvient réellement à réduire la vitesse. (Remarque : une évaluation du programme sera présentée lors de la 21e Conférence canadienne multidisciplinaire en sécurité routière, qui aura lieu à Halifax en mai

Niveau de mise en œuvre : local

Approche stratégique : éducation, environnement

Environnement : communauté

Public ciblé : conducteurs

Intensité des ressources : \$

2011.) Une étude plus importante est proposée dans deux provinces, avec des communautés de mise en œuvre et des communautés de contrôle, qui comprendra des mesures de la vitesse.

Le programme des voitures pilotes est un exemple de marketing social communautaire, un concept développé par Doug McKenzie-Mohr et qui s'est avéré particulièrement efficace pour encourager les comportements durables. Voir la référence ci-dessous.

Témoignages de conducteurs de voitures pilotes :

« Il a complètement transformé une de mes amies qui conduisait toujours trop vite... une fois qu'elle a apposé (l'autocollant) à l'arrière, elle a ressenti une obligation morale et maintenant, elle ne fait plus d'excès de vitesse, même lorsqu'elle est en retard... cette amie avait reçu quelques contraventions pour excès de vitesse, et cela ne l'avait pas dissuadée autant que l'a fait (l'autocollant)! »

« Je sais que tous ceux qui utilisent (les autocollants) ont réduit leur vitesse... je pense que c'est le meilleur aspect du programme... nous remarquons à quel point nous dépassions la limite de vitesse autrefois, et nous nous mettons maintenant au défi de conduire à une vitesse réduite. »

Étapes/mesures clés de l'intervention :

Vous trouverez ci-dessous les étapes clés recommandées pour la mise en œuvre du programme. (Tiré du *Pace Car Community Kit*)

Étape 1 : Assemblez une équipe.

Trouvez les champions du programme de voitures pilotes dans la communauté : parents, enseignants, propriétaires d'entreprises, représentants élus, policiers, etc. Cette équipe sera le moteur du programme de voitures pilotes.

Étape 2 : Rassemblez et distribuez l'information.

Expliquez à la communauté qu'un programme de voitures pilotes commence. En plus de la trousse, les ressources fournies par Active & Safe Routes to School (ASRTS) comprennent notamment des placards, des brochures, des affiches et des autocollants (pour apposer sur la voiture).

Collecte des données relatives à la vitesse : ASRTS aidera à établir la liaison avec le service de police local pour recueillir des données relatives à la vitesse sur les rues pertinentes avant et après le lancement.

Étape 3 : Effectuez la mise en œuvre et célébrez les succès.

Le lancement : servez-vous de la liste de contrôle de planification communautaire fournie par ASRTS pour organiser le lancement du programme de voitures pilotes dans la communauté. L'idéal est d'associer le lancement à un autre événement local, comme un carnaval scolaire, auquel assisteront un grand nombre de membres de la communauté. Essayez de convaincre le plus grand nombre possible de personnes de s'inscrire. Invitez les médias locaux et faites la promotion du programme avec enthousiasme.

Maintenez une présence continue : continuez d'inscrire de nouveaux conducteurs de voitures pilotes lors d'événements, de festivals et de manifestations sportives communautaires. Fournissez des formulaires de promesse, des autocollants et des informations aux écoles, aux bibliothèques et aux commerces locaux.

Étape 4 : Évaluation et tenue de dossiers

Pour aider ASRTS à continuer d'améliorer le programme de voitures pilotes, ils demandent aux conducteurs de voitures pilotes de répondre à un court sondage quelques mois après le lancement du programme dans la communauté. Ils demandent également à l'équipe du programme de voitures pilotes d'envoyer les nouvelles promesses à ASRTS une fois par mois, afin qu'elles puissent être saisies dans la base de données. Ces étapes simples sont essentielles pour l'amélioration et la tenue des dossiers du programme de voitures pilotes.

Leçons apprises :

- Sans le soutien d'un organisme central, les programmes de voitures pilotes finissent par tomber à l'eau.

Obstacles :

- Il s'est avéré difficile d'obtenir des données fiables relativement à la vitesse dans les communautés afin de procéder à une évaluation avant et après l'intervention. Pour procéder à des évaluations, les communautés ont besoin de soutien et d'encouragement.



Facilitateurs :

- Un champion est requis dans la communauté, ainsi qu'un certain financement afin que le matériel requis puisse être fourni gratuitement.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Ce programme est très facile à transférer : il s'est déjà répandu de l'Australie à certaines régions de l'Amérique du Nord, et maintenant dans d'autres régions du Canada.
- SécuriJeunes Canada a offert des subventions pour financer des programmes de voitures pilotes pendant la Semaine SécuriJeunes en 2008. Les communautés ont reçu des autocollants, des formulaires de promesse et des instructions étape par étape décrivant comment organiser leur propre programme pendant un an. Dix subventions pour les programmes de voitures pilotes ont été remises en 2010, grâce au soutien financier de FedEx Express Canada. Ces subventions ont été octroyées à des groupes communautaires d'un bout à l'autre du Canada, dans des grands et des petits centres, afin de renseigner les communautés sur les avantages du programme de voitures pilotes et d'encourager la participation. Au cours des années passées et encore aujourd'hui, SécuriJeunes Canada offre sur son site Web des ressources relatives aux voitures pilotes. La description du programme et les ressources, comme la promesse des conducteurs, etc., sont disponibles à tous. Les autocollants électrostatiques et les autocollants pour pare-chocs (jusqu'à 200 gratuits) peuvent être commandés en ligne.

Références / Renseignements supplémentaires:

- McKenzie-Mohr, Doug. Fostering Sustainable Behaviour: An Introduction to Community-Based Social Marketing. New Society Publishers, Gabriola Island, BC. 1999.
- Site Web voitures pilotes: www.pacecar.ca
- SécuriJeunes Canada: www.securijeunescanada.ca
Inscrivez "voitures pilotes" dans la boîte de recherche.

Coordonnées :

Janet Barlow, Coordinator, Active & Safe Routes to School, Ecology Action Centre asrts@ecologyaction.ca
www.saferoutesns.ca

Déclaration de faits étayant la stratégie :

Les programmes communautaires d'éducation et de défense des intérêts visant à prévenir les blessures chez les enfants piétons de 0 à 14 ans ont pour résultat une réduction du nombre de blessures.

SECTION 5

Operation Headway

Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard

Contexte :

Pendant les premières années après l'adoption des lois concernant le port du casque de cycliste, une mise en application « douce » a été effectuée par l'entremise d'avertissements aux transgresseurs et d'une campagne médiatique pour sensibiliser les gens à la loi. La Nouvelle-Écosse (NE) a commencé à faire appliquer la loi vers le milieu et la fin des années 1990; le taux de port du casque a alors augmenté avant de se stabiliser à 83 %. Dans l'Île-du-Prince-Édouard (IPE), le taux de port du casque avant l'intervention, en 2009, s'établissait à 67,8 %,

Operation Headway est un programme impliquant plusieurs partenaires, qui combine l'application des lois sur le port du casque, l'éducation et des pénalités pécuniaires pour ceux qui ne portent pas le casque avec des récompenses pour le port du casque. En 2004, ce programme a été élaboré en NE, dont la population s'établissait alors à 940 000 résidents, en collaboration avec la police d'Halifax, le département de neurochirurgie de l'hôpital QEII et la Brain Injury Association of NS (BIANS). La NE a exécuté le programme à huit reprises entre 2004 et 2009 et continue de le mettre en œuvre dans différentes communautés, en plus de fournir des services de consultation à d'autres provinces canadiennes qui souhaitent mettre ce programme en œuvre. En 2009, l'IPE (avec une population de 143 000 résidents) a mis en œuvre ce programme dans deux régions, avant de l'étendre à l'ensemble de la province en 2010.

Ce programme dépend fortement de l'engagement de la police municipale et de la GRC pour faire appliquer activement les lois provinciales sur le port du casque. Les deux provinces ont une loi qui touche tous les âges, la loi de la NE s'étendant en outre à toutes les activités sur roues (p. ex., patin à roues alignées, planche à roulettes). Lorsque les cyclistes et autres reçoivent une contravention, ils peuvent soit payer l'amende, soit assister à une session d'information intitulée *Noggin' Knowledge*. Conçue pour les adolescents et les adultes, il s'agit d'une session d'éducation graphique et frappante dont le but est de faire comprendre les raisons pour lesquelles le port du casque est si important et l'importance d'une lésion cérébrale pour la vie d'une personne. Elle est conçue pour enseigner aux individus les risques associés au fait de ne pas porter le casque, ainsi que pour les encourager à respecter les lois sur le port du casque et les règles de sécurité routière. Les policiers peuvent également remettre des récompenses aux porteurs de casques et fournir des cartes-cadeaux pour l'achat d'un casque aux enfants et aux adultes qui n'ont pas les moyens de s'en payer un. Des études d'observation du port du casque sont menées afin de surveiller les changements des taux de port du casque.

Les partenaires pour la prestation de ce programme en NE sont le ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse, les neurochirurgiens, les ambulanciers paramédicaux, les infirmières, les

Niveau de mise en œuvre : local

Approche stratégique : éducation, application

Environnement : communauté

Public ciblé : tous les cyclistes

Intensité des ressources : \$-\$

partenaires de la Brain Injury Coalition, BIANS, Child Safety Link, l'Association canadienne des paraplégiques et l'Université Dalhousie. Un financement supplémentaire a été fourni par les neurochirurgiens d'Halifax pour organiser des tirages au sort pour des bicyclettes et des casques en NE, pendant les années où aucun financement n'était fourni par le gouvernement.

Sur l'IPE, on pouvait compter parmi les partenaires supplémentaires Cycle PEI, Recreation PEI, Island Trails, le ministère du Transport et des Travaux publics, la Dr. David Wong Research Foundation, les membres de la Medical Society of PEI, et plusieurs cafés et vendeurs de crème glacée qui ont fourni des coupons de récompense.

Buts et objectifs :

Le but consiste à réduire les blessures à la tête associées au cyclisme en faisant augmenter le port du casque de cycliste chez les cyclistes de tous les âges. Les objectifs du programme sont les suivants :

- Augmenter la sensibilisation aux lois provinciales sur le port du casque.
- Augmenter l'application des lois sur le port du casque.
- Augmenter la conformité avec les lois sur le port du casque.
- Augmenter la sensibilisation aux effets des blessures à la tête associées au cyclisme.
- Maintenir le port du casque grâce à des effets soutenus d'application et d'éducation.

Évaluation :

Comprend des études d'observation annuelles sur le port du casque, des questionnaires sur les connaissances avant et après chez *Noggin' Knowledge* et des questionnaires sur la satisfaction à *Noggin' Knowledge* et lors d'autres événements. Un chercheur de l'Université Dalhousie a fourni des commentaires sur la conception de l'étude d'observation et fournit la saisie des données, l'analyse et les rapports.

Résultats :

- En NE, les efforts d'application et d'éducation ont continué à Halifax entre 2004 et 2008, avec une augmentation statistiquement significative du taux de port du casque, qui est passé de 82 % (2006) à 92 % (2008).

- En IPE, le taux de port du casque a augmenté légèrement en 2009 (de 67,8 % à 69,9 %) globalement, avec des augmentations statistiquement significatives chez les jeunes.
- Changement des connaissances : en NE et en IPE, les connaissances mesurées lors de tests effectués avant et après les sessions de *Noggin' Knowledge* ont augmenté.
- Après la session d'éducation, entre 80 et 90 % des participants ont affirmé qu'ils porteraient désormais le casque.
- Dans leurs commentaires, les participants ont indiqué que les présentations faites par des familles touchées par les traumatismes neurologiques, ainsi que les histoires d'un neurochirurgien, avaient un impact important.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- Un coordonnateur du chapitre de ThinkFirst, de la division de neurochirurgie ou du réseau provincial de prévention des blessures lance le programme et obtient la participation de la police.
- Un comité de direction local est mis sur pied (voir la liste de partenaires dans la section Contexte) afin de veiller à ce que les récompenses soient obtenues, que les sessions de *Noggin' Knowledge* pour la fin de la période d'application soient planifiées, et que la lettre à remettre aux transgresseurs contenant cette information soit fournie à la police.
- Les policiers donnent des récompenses aux porteurs du casque et remettent des contraventions et la lettre à ceux qui n'en portent pas. Les contraventions sont annulées pour ceux qui assistent à la session de *Noggin' Knowledge*.
- Avant, pendant et après la période d'application, planifier et mener d'autres événements d'éducation et de sensibilisation au port du casque, comme des cliniques d'ajustement du casque, des rodéos à bicyclette, des discussions de groupes d'experts à la télévision, des foires sur la santé, des événements pendant la semaine de la police et des présentations en classe.
- Assurer la sensibilisation du public grâce à des messages d'intérêt public, à des communiqués de presse, des lettres au rédacteur, la couverture d'événements, etc.



Leçons apprises :

- Les communautés doivent être prêtes à accepter les contraventions pour les infractions liées au port du casque. Des campagnes médiatiques et des entrevues avec des survivants de blessures causées par des accidents de bicyclette et les membres de leur famille permettent d'augmenter considérablement la préparation.
- Un champion est requis pour assurer la coordination du programme chaque année.
- Dans certains territoires, les policiers ont été réticents à remettre des contraventions, mais après avoir vu la présentation de *Noggin' Knowledge* ou rencontré des survivants de blessures, cette hésitation est réduite.
- Les relations entre la police et la communauté peuvent être améliorées grâce à Operation Headway. Les enfants allaient à la recherche de policiers, particulièrement lorsqu'ils portaient leur casque en faisant du vélo, dans l'espoir d'obtenir une récompense.

Obstacles :

- Le manque de financement et de personnel formé pour les observations annuelles du port du casque.
- Le manque de préparation dans la communauté – les membres de la communauté estiment que les policiers ne doivent pas perdre leur temps avec cela, car d'autres questions plus urgentes demandent leur attention.

Facilitateurs :

- Un champion local pour se faire le fer de lance du programme.
- L'acceptation par les chefs de police et les chefs de détachements.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Comme ce programme est facile à organiser et peut avoir lieu comme initiative à faible coût ou à coût élevé, il peut être adapté à de nombreuses communautés. ThinkFirst Canada songe actuellement à soutenir l'expansion du programme Operation Headway à l'échelle nationale et a fait des copies de tous les documents afin de les partager.

Références / Renseignements supplémentaires :

- LeBlanc, John, T Beattie, C Culligan. Effect of legislation on the use of Bicycle Helmets. CMJC March 2002, pp 592-595.
- Macpherson, Alison, T To, C Macarthur, M Chipman, J Wright, P Parkin. Impact of Mandatory Helmet Legislation on Bicycle-Related Head Injuries in Children: A Population-Based Study. Pediatrics, 2002: 110: e60.

Coordonnées :

Nouvelle-Écosse : Lynne Fenerty, division de neurochirurgie du QEII HSC, et ThinkFirst NS lynne.fenerty@cdha.nshealth.ca

Île-du-Prince-Édouard : Sally Lockhart, Island Network for Injury Prevention et ThinkFirst PEI sally@spectrumsolutions.com

Déclaration de faits étayant la stratégie :

L'adoption d'une loi régissant le port du casque de cycliste entraîne une augmentation du port. 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.

SECTION 5

Programme de prêt de vêtements de flottaison individuels Manitoba

Contexte :

La Manitoba Coalition for Safer Waters, une coalition composée de plus de 30 organismes représentant le gouvernement, le secteur du tourisme, les organismes de camping, le monde des affaires, les associations de natation et de navigation, les organismes de jeunesse, les organismes autochtones et les fournisseurs de services (pompiers, policiers, ambulanciers paramédicaux), a été formée en 1998. En 2005, le Manitoba Coalition for Safer Waters a élaboré la Manitoba Water Safety and Drowning Prevention Strategy. Cette stratégie avait pour intention de fournir une orientation globale à la coalition et de créer des possibilités de coopération. Après trois années de mise en œuvre, un examen de la stratégie a été effectué pour la Coalition et Manitoba Health and Healthy Living en 2008 par IMPACT (le centre de prévention des blessures qui existait à cette date), et forme la base de cette étude de cas sur le composant de prêt de VFI de la stratégie.

Le programme de prêt de VFI est un projet communautaire qui prête gratuitement des VFI (gilets de sauvetage) à des individus, des familles et des organismes communautaires. En se basant sur la réussite du programme de prêt de VFI de la Croix-Rouge canadienne dans quatre communautés du Nord, il a été décidé d'utiliser ce modèle et de l'étendre à toutes les communautés du Nord et des régions éloignées. Une communauté devait d'abord déterminer que la sécurité nautique était un enjeu important pour elle. Une fois que cela a été déterminé, la communauté présentait une demande à la Coalition afin de recevoir ses VFI prêtés. IMPACT assurait le soutien administratif du programme, afin d'effectuer le suivi auprès de la communauté et de veiller à ce que les VFI et le matériel pédagogique à l'appui aient bien été reçus.

Manitoba Healthy Living a fourni 50 000 \$ par an à la Coalition afin de mettre à jour le programme en 2006, 2007 et 2008 et a acheté du temps d'antenne à la radio pour la diffusion de messages d'intérêt public sur la sécurité nautique en 2006 et en 2007. Ce programme a été annoncé par l'entremise d'affiches fabriquées localement et du bouche à oreille. Certaines communautés n'ont utilisé les VFI que pour les programmes scolaires ou destinés aux jeunes, et pas pour l'ensemble de la communauté. Les VFI étaient utilisés pour des cours de natation, des excursions en canot et pour la navigation (de plaisance ou pour le transport). Les VFI étaient généralement prêtés à des groupes plutôt qu'à des individus. En 2010, le programme de prêt de VFI était encore actif.

Niveau de mise en œuvre :	local
Approche stratégique :	éducation
Environnement :	communautés – particulièrement dans le Nord et les régions éloignées
Public ciblé :	bambins, plaisanciers, Autochtones et hommes
Intensité des ressources :	\$\$

Buts et objectifs :

Le programme de prêt de VFI a un lien direct avec les objectifs, les priorités et les principes désignés dans la stratégie de prévention des noyades du Manitoba.

But :

- augmenter la disponibilité des VFI et augmenter leur utilisation dans les régions de la province où le risque est élevé.

Objectif :

- rendre les VFI accessibles dans les régions du Nord et les régions éloignées de la province.

Évaluation :

Avant 2005, le taux de décès par noyade restait constant, à environ 25 ou 26 décès par an. Depuis 2005, on peut observer un déclin régulier du nombre de décès par noyade au Manitoba, de 26 en 2004 à 22 en 2005, 17 en 2006 et huit en 2007. Bien que ces chiffres étaient considérés comme étant préliminaires au moment de l'évaluation du programme de VFI et que le déclin du nombre de noyades mortelles ne puisse pas être attribué directement au programme en raison du fait que plusieurs initiatives de prévention des noyades ont été mises en œuvre en même temps, il est probable que le programme ait eu un impact sur le taux de noyades.

Une évaluation du programme a été effectuée pendant l'été et l'automne de 2008, dans le cadre d'un sondage téléphonique dans les communautés participantes. Il a été impossible de communiquer avec six des 59 communautés. Des 53 communautés avec lesquelles il a été possible de communiquer, 44 avaient encore un programme actif de prêt des VFI et huit des neuf qui n'en avaient pas ont indiqué avoir l'intention d'en lancer ou d'en relancer un en 2009. Sur les trois ans pendant lesquels le programme a été actif, plus de 1 800 VFI ont été distribués à 59 communautés et la majorité de celles-ci ont indiqué qu'elles considéraient que le programme était très utile. Trente-neuf des 44 communautés qui avaient encore un programme actif proposaient également d'autres programmes de sécurité nautique.

En 2010, le programme de prêt de VFI était encore actif et avait été étendu ou avait évolué afin d'inclure la sécurité pratique en bateau et le programme Nager pour survivre.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- Effectuer des études ou chercher des données sur le nombre de noyades ou de quasi-noyades dans le territoire.
- Impliquer les partenaires appropriés qui s'intéressent à la question des noyades dans le territoire ou qui s'y attaquent déjà.
- Trouver un organisme chef de file pour assurer la gestion du projet.
- Déterminer les activités et les stratégies actuelles de prévention des noyades et les lacunes dans les programmes – p. ex., le programme de prêt de VFI.
- Déterminer la préparation nécessaire pour aborder les lacunes et concevoir des interventions basées sur les bonnes pratiques – c.-à-d. lancer un programme de prêt de VFI.
- Trouver un fournisseur et les coûts en vue d'une commande en vrac, du transport et de l'entreposage des VFI.
- Développer un dossier d'analyse, au besoin, et rechercher un financement pour le programme.
- Impliquer et soutenir les champions locaux afin d'aider à s'assurer que les programmes sont mis en œuvre tel que prévu et sont maintenus.
- Surveiller et évaluer la mise en œuvre.

Leçons apprises :

- Le contact personnel et une relation suivie avec la communauté sont très importants. Le taux de rotation du personnel dans le Nord est élevé, et cela peut facilement entraîner la perte de la mémoire d'entreprise pour un tel programme. Plus le nombre d'individus impliqués est grand et mieux ils se sentent soutenus, meilleure est la chance que le programme sera maintenu.
- Le fait qu'un organisme chef de file est disponible pour administrer le programme est essentiel pour assurer la continuité et le maintien des normes de base du programme. Lors de la planification du budget du programme, inclure une portion suffisante des fonds pour les frais d'expédition. Lors du projet actuel, les frais d'expédition étaient parfois plus élevés que le coût des VFI eux-mêmes. L'entreposage des VFI est un défi, car ils sont extrêmement volumineux. Le grossiste a pu conserver les VFI dans son entrepôt pendant l'été et les expédier



directement aux communautés lorsque celles-ci en avaient besoin. L'établissement d'un partenariat entre le programme de prêt de VFI et des organismes qui donnent une formation en sécurité nautique ou en sécurité en bateau crée une synergie et fournit une façon plus efficace d'administrer les programmes.

Obstacles :

- Les personnes-ressources dans la communauté changent sans cesse.
- Le financement est accordé d'une année à l'autre, ce qui rend difficile la planification à long terme.

Facilitateurs :

- Le partenariat est la clé de l'accès des ressources, tant financières qu'en nature (p. ex., entreposage des VFI, utilisation des dépliants et des vidéos existants des partenaires).

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Un organisme indépendant (comme l'était IMPACT, lorsqu'il avait un mandat provincial) agissant à titre d'administrateur contribue à veiller à ce que les besoins potentiellement contradictoires des membres de la coalition puissent être gérés.
- Des programmes de prêt de VFI sont offerts avec succès dans plusieurs autres territoires du pays par l'entremise de la Croix-Rouge et de la Société de sauvetage (qui étaient des partenaires clés de ce projet). D'autres partenariats peuvent s'avérer essentiels pour la réussite du projet, selon le public ciblé spécifiquement par le programme (p. ex., organismes autochtones, si l'on travaille dans des communautés des Premières Nations). N'importe quelle coalition de prévention des blessures pourrait organiser un programme de prêt de VFI.

Références / Renseignements supplémentaires :

- Feely, S. Manitoba Water Safety and Drowning Prevention Strategy: Review 2008. June 2008. IMPACT, Winnipeg, Manitoba.
- Feely, S. and W. French. Manitoba's PFD Loaner Program: Review 2006-2008. November 2008. IMPACT, Winnipeg, Manitoba.
- The Manitoba Coalition for Safer Waters. Manitoba Water Safety and Drowning Prevention Strategy. 2006., Winnipeg, Manitoba.

Coordonnées :

Shawn Feely, shawnfeely@mymts.net

Déclaration de faits étayant la stratégie :

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

SECTION 5

Règlement municipal concernant les clôtures pour piscine Ontario

Contexte :

Pendant l'été 2007, un conseiller municipal de Toronto a présenté une motion demandant à ce que le personnel fasse rapport sur l'amélioration de la sécurité des piscines privées, y compris l'option d'exiger des clôtures pour piscine sur les quatre côtés. Le rapport qui a suivi a formé la base d'un règlement municipal concernant les clôtures sur les quatre côtés, qui a été approuvé en novembre 2007 et est entré en vigueur le 20 décembre 2007. En même temps, le conseil municipal a ordonné au comité sur les licences et les normes de faire des recherches pour trouver des solutions de rechange aux clôtures sur les quatre côtés, avec l'utilisation de dispositifs à fermeture et à verrouillage automatiques pour les piscines. Les membres du personnel de la ville a évalué plusieurs solutions, y compris les clôtures sur les quatre côtés, et ont indiqué que celles-ci offrent la plus grande protection aux enfants de moins de six ans. Ils ont cité différentes analyses et études universitaires, ainsi que des publications de différents gouvernements. Lors d'une réunion publique du comité permanent pertinent, au printemps de 2008, le rapport a été approuvé. C'est lors de cette réunion publique que La Société de sauvetage de l'Ontario s'est impliquée, et avec SécuritéJeunes Canada et un médecin du Hospital for Sick Children, a fourni des témoignages d'experts. Des quelque 25 déclarations faites en personne, ces organismes étaient les trois seuls en faveur du règlement municipal (toutefois, quatre des six communications reçues étaient également en faveur). Les autres déclarations en personne étaient faites par des représentants du secteur des piscines et des aménagements paysagers, qui s'opposaient fortement au règlement municipal en prétendant que l'espace restreint dans un grand nombre d'arrière-cours de Toronto limiterait ou pourrait même empêcher l'installation d'une piscine. Le coût supplémentaire d'une clôture sur les quatre côtés était également cité comme facteur prohibitif. Le conseil municipal a approuvé le rapport de son personnel en mai 2008 et a donc approuvé le maintien des dispositions du règlement municipal. La Ville croit comprendre que Toronto est le premier territoire important au Canada à adopter un règlement municipal concernant les clôtures sur les quatre côtés.

Depuis l'adoption du règlement municipal, les propriétaires qui présentent une demande de permis de clôture de piscine doivent également présenter leurs plans pour la clôture. Si une clôture doit être remplacée partiellement ou complètement autour d'une piscine existante, une clôture sur les quatre côtés doit être construite. Un inspecteur vérifie le projet achevé afin de s'assurer que le règlement municipal est respecté. En cas d'infraction, un avis d'infraction est émis et un échéancier est prévu afin d'être conforme. Si le transgresseur reste non conforme, une comparution en cour peut lui être signifiée.

Niveau de mise en œuvre :	local
Approche stratégique :	application
Environnement :	communauté
Public ciblé :	propriétaires de piscines et les individus qui prévoient d'installer une piscine creusée
Intensité des ressources :	\$

À l'heure actuelle, d'autres territoires adoptent des approches plus « douces ». Par exemple, la Ville de Mississauga remet le DVD Within Arm's Reach à chaque demandeur de permis de construction d'une piscine. Ce DVD a été produit par la Société de sauvetage en 2003, et commandité par la Stephanie Gaetz Keepsafe Foundation, fondée par Barbara Underhill et Rick Gaetz (la Ville intègre au permis le coût du DVD, soit 15 \$).

Buts et objectifs :

Le but est de réduire l'incidence des noyades des enfants de Toronto dans les piscines installées dans les arrière-cours, grâce à l'introduction et à l'application d'un règlement municipal exigeant l'installation d'une clôture sur les quatre côtés.

Évaluation :

- Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer si le règlement municipal de Toronto a permis de réduire le nombre de décès (le règlement a été adopté en 2008 et les données ne sont disponibles que jusqu'en 2007), la Ville de Toronto indique qu'en général, ceux qui ont installé de nouvelles piscines creusées ont respecté le règlement pendant les deux premières années de son existence.
- À l'heure actuelle, la Ville émet de nouveaux permis seulement si les demandes respectent l'intégralité du nouveau règlement municipal concernant les clôtures pour piscine sur les quatre côtés, et des inspections des lieux sont toujours effectuées à la fin des travaux pour assurer la conformité avec les exigences du permis, et donc avec le règlement municipal.
- Un plan visant à surveiller les noyades dans les piscines chez les enfants de Toronto et l'impact du règlement municipal est en cours, en utilisant des informations recueillies auprès des bureaux des coroners par la Société de sauvetage et la Croix-Rouge canadienne, dans le cadre de la base de données nationale sur les décès aquatiques. Les données des coroners, qui comprennent des informations concernant le type de clôture installée (ou pas) et d'autres circonstances relatives à la noyade, seront utilisées pour assurer le suivi de l'efficacité du règlement municipal au fil du temps.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

Au Canada, à l'heure actuelle, les clôtures de piscine relèvent de l'autorité municipale. Souvent, le travail menant à l'adoption d'un règlement concernant les clôtures sur les quatre côtés commence dans la communauté de sécurité aquatique et médicale, et l'engagement du conseil municipal et de ses différents comités doit être obtenu.

- Trouvez un groupe d'intervenants/de propriétaires de maison ou de piscine qui soutiennent les clôtures sur quatre côtés, et invitez-les à en apprendre davantage à ce sujet.
- Faites une enquête dans votre propre territoire – combien de piscines creusées sont déjà installées, quel type de règlement municipal concernant les clôtures (le cas échéant) a été adopté, combien de nouvelles piscines sont construites chaque année, y a-t-il eu des noyades ou quasi-noyades, etc.
- Trouvez un champion au niveau du conseil municipal et assurez-vous que cette personne est au courant des études qui ont été effectuées sur l'efficacité de cette approche.
- Travaillez avec ce conseiller pour renseigner d'autres personnes à ce sujet. Travaillez avec le service des loisirs de la Ville et les autres membres pertinents du personnel afin d'obtenir du soutien pour le règlement municipal.
- Demandez à un conseiller de recommander qu'un rapport soit présenté concernant les clôtures sur quatre côtés ou sur l'introduction d'un règlement municipal (selon le soutien public et politique à ce moment-là).
- Pendant tout le processus, attirez l'attention des médias sur cette question. Demandez aux parents de jeunes enfants et aux champions dans la communauté de parler en faveur des clôtures sur quatre côtés. Créez une volonté publique et politique en faveur de ce changement.
- Soyez prêt à présenter de nombreuses opinions d'experts lors d'une audience publique.
- Soyez prêt à faire face à l'opposition, particulièrement du secteur des piscines et des propriétaires qui ne souhaitent pas payer de coûts supplémentaires ou que le gouvernement dicte ce qu'ils peuvent faire sur leur propre terrain.



Leçons apprises :

- Bien que l'adoption de ce règlement municipal ait été difficile, en raison de la forte opposition de l'industrie et de certains conseillers municipaux, le fait que la recommandation initiale ait été faite par un conseiller municipal et était appuyée par le comité des permis et des normes de la Ville a permis de réduire considérablement le temps et les efforts requis pour faire adopter le règlement.

Obstacles :

- Bon nombre de personnes dans le secteur des piscines estimaient que des discussions relatives aux noyades ou à d'autres blessures subies autour d'une piscine étaient « mauvaises pour les affaires » et hésitent traditionnellement à conclure des partenariats avec des organismes de sécurité aquatique. Les secteurs des clôtures et des aménagements paysagers estimaient également que cela peut être « mauvais pour les affaires », en dépit des photos de piscines attrayantes entourées de clôtures sur les quatre côtés, présentées par la Société de sauvetage dans son DVD *Within Arms' Reach*.

Facilitateurs :

- Un conseiller municipal s'est fait le champion de cette question, et le comité des permis et des normes de la Ville et le personnel municipal ont reconnu l'importance des études à l'appui des clôtures sur les quatre côtés et ont continué d'insister sur leur soutien de ce règlement municipal.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Les autres municipalités importantes n'ont pas encore réussi à adopter un règlement municipal concernant les clôtures sur quatre côtés, en raison de la pression faite par l'industrie et du manque de volonté publique et politique à ce sujet. Un travail important doit encore être réalisé pour développer des approches qui créent une volonté politique et publique affirmative sur cette question. La noyade est en train de devancer les accidents d'automobile comme principale cause de décès des suites de blessures chez les enfants dans certains territoires, ou est la deuxième cause de décès des suites de blessures. Plus que tout autre groupe d'âge, les enfants de moins de cinq ans sont les plus susceptibles de se noyer dans une piscine d'arrière-cour. Généralement, les territoires veulent faire tout leur possible pour protéger leurs enfants. Malheureusement, un décès tragique est souvent nécessaire pour mobiliser la communauté.

Coordonnées :

SécuriJeunes Canada safekids.info@sickkids.ca
Barbara Byers, Société de sauvetage – division de l'Ontario
barbarab@lifeguarding.com
Rudi Czekalla, Ville de Toronto rczekal@toronto.ca

Déclaration de faits étayant la stratégie :

Les lois nécessitant une clôture d'isolation (c.-à-d. sur les quatre côtés) 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.

SECTION 5

Nager pour survivre Ontario

Contexte :

Nager pour survivre est un programme de formation en survie de la Société de sauvetage. Il est différent des cours de natation et ne les remplace pas. Nager pour survivre enseigne uniquement les éléments essentiels pour survivre à une chute inattendue en eau profonde, ce qui constitue une première étape importante de la sécurité nautique. La Société a défini les compétences minimales que doivent posséder tous les Canadiens pour survivre à une chute inattendue en eau profonde, et les a exprimées sous forme de séquence de compétences décrite dans la norme canadienne Nager pour survivre : entrée par roulade en eau profonde, nage sur place pendant une minute, nage sur 50 mètres. Comme ses études révèlent que la plupart des noyades ont lieu à proximité d'un lieu sûr, la Société de sauvetage estime que si chaque enfant canadien atteignait la norme Nager pour survivre, le nombre de noyades serait coupé de moitié. La Société de sauvetage encourage fortement tous les parents à inscrire leurs enfants à des cours de natation.

Le programme Nager pour survivre de la Société de sauvetage comprend trois cours dans l'eau d'une heure chacun, enseignés par des instructeurs du programme Nager pour survivre (instructeurs ayant suivi une formation en sécurité nautique et travaillant pour la piscine), qui se concentrent sur la séquence décrite dans la norme canadienne Nager pour survivre, plus trois cours en classe sur la sécurité nautique, durant chacun entre 30 et 45 minutes, enseignés par des professeurs d'école. À la fin du programme, la capacité des enfants à effectuer la séquence de compétences est vérifiée. Les élèves de troisième ou de quatrième année ont un bon âge pour un tel programme, car ils aiment apprendre et peuvent se vêtir, etc., de façon autonome; de plus, ils possèdent la force physique suffisante pour nager la distance requise.

Ce programme a été mis à l'essai dans la région d'York, en Ontario, à l'automne 2005; 25 % des élèves de troisième année de neuf municipalités de la région y ont participé. Les enfants provenant de domiciles dont le statut socioéconomique est peu élevé, ainsi que les nouveaux arrivants au Canada, étaient ciblés particulièrement par les écoles, qui estimaient que ces enfants auraient moins accès aux cours de natation conventionnels. Après la mise à l'essai, qui était considérée comme une réussite, l'attention accordée par les médias à plusieurs noyades d'enfants a attiré les regards sur le programme et en 2006-07, le ministère de l'Éducation a investi 900 000 \$ pour permettre que le programme soit donné dans toute la province. Pour certains conseils scolaires, cela nécessitait de cibler d'abord les enfants dont les besoins étaient les plus élevés, avant d'étendre le programme à tous les élèves; à l'opposé, le programme est universel dans d'autres conseils scolaires. Tous les enfants inscrits à une école publique en Ontario sont admissibles (catholique ou publique). Les écoles ou les conseils scolaires présentent une demande de

Niveau de mise en œuvre :	provincial
Approche stratégique :	éducation
Environnement :	écoles, communautés
Public ciblé :	élèves de troisième année (âgés de huit ans environ)
Intensité des ressources :	\$\$\$\$

financement, conjointement avec leurs partenaires qui fournissent les piscines pour les cours (c.-à-d. municipalités, YMCA, etc.).

Le programme de subvention, administré par la Société de sauvetage, est exploité comme programme de remboursement des dépenses, une fois le rapport de réalisations et de dépenses présenté. Les dépenses admissibles comprennent le transport des enfants jusqu'à la piscine, les coûts associés à la piscine et à l'instructeur et les coûts de location de la piscine. Souvent, certaines dépenses sont fournies en nature.

Buts et objectifs :

Que tous les élèves de troisième année en Ontario atteignent la norme Nager pour survivre.

Evaluation:

Le programme est surveillé et à la fin de 2010, 44 % des 329 565 élèves participants ont atteint la norme canadienne Nager pour survivre (c.-à-d. sont en mesure d'exécuter les trois compétences minimales). Les sondages à remplir volontairement ont été remis aux enseignants, aux parents et aux enfants, qui les ont ensuite renvoyés à la Société de sauvetage. Les résultats ont indiqué :

- Que 98 % des parents dont les enfants ont suivi le programme souhaitent qu'il devienne partie intégrante du programme d'études de troisième année. À l'heure actuelle, il est facultatif.
- Que 98 % des enseignants qui ont participé au programme en enseignant le composant de sécurité nautique en classe souhaitent qu'il devienne partie intégrante du programme d'études de troisième année. Les commentaires faits par les instructeurs de natation qui enseignent ce programme révèlent leur étonnement devant les progrès réalisés par les enfants en seulement trois heures dans la piscine.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- Un seul enseignant et une classe individuels ou jusqu'à un conseil scolaire en entier peuvent demander la subvention nécessaire pour donner ce programme; une piscine locale peut également demander la subvention au nom des élèves du quartier. Tout ce qui est requis, c'est que les élèves aient accès

à une piscine (publique, semi-privée ou privée) qui a souscrit une assurance de responsabilité civile.

- Le conseil scolaire et les propriétaires/exploitants de la piscine assurent la coordination nécessaire pour transporter les élèves entre l'école et la piscine. La piscine organise le temps nécessaire et l'accès aux instructeurs de Nager pour survivre.
- Le conseil scolaire organise le transport des élèves, ainsi que la communication avec les parents et la permission de leur part.
- La Société de sauvetage fournit le matériel aux instructeurs, aux enseignants et aux parents, ainsi que les certificats de Nager pour survivre. Elle veille également à ce que les instructeurs aient reçu la formation nécessaire pour donner les modules Nager pour survivre.
- Les instructeurs du programme Nager pour survivre présentent un rapport à la Société de sauvetage à la fin du programme, indiquant le nombre total de participants et le nombre qui ont atteint la norme.

Leçons apprises :

- Un heureux hasard a fait que la Société de sauvetage avait mis ce programme à l'essai avant les noyades tragiques qui ont attiré l'attention de médias et donné lieu à un appel à l'action. Il est peu probable que le ministère de l'Éducation aurait effectué un investissement aussi important aussi rapidement si ces événements ne s'étaient pas produits.

Obstacles :

- Plusieurs communautés ne possèdent pas de piscine locale. Les coûts de transport peuvent donc devenir un obstacle et une collecte de fonds pourrait s'avérer nécessaire.

Facilitateurs :

- Un champion dans la communauté qui accepte d'assurer la coordination du programme à l'échelle locale.
- Un organisme (la Société de sauvetage) qui assure la coordination du programme à l'échelle provinciale.



Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Ce programme est très facile à transférer et a été donné avec succès dans des communautés rurales et éloignées du Manitoba et de l'Alberta. La clé est de bénéficier de partenaires qui peuvent faciliter l'accès à une piscine et à des instructeurs et payer les coûts du transport. Le programme lui-même est disponible par l'entremise de la Société de sauvetage.

Références / Renseignements supplémentaires:

- Vous pouvez trouver le National Drowning Report à www.lifesavingsociety.com

Coordonnées :

Sindy Parsons, Société de sauvetage – division de l'Ontario
sindyp@lifeguarding.com
site Web : www.lifesavingsociety.com

Déclaration de faits étayant la stratégie:

Une formation en sécurité nautique (y compris des cours de natation) permet d'améliorer les compétences de natation.

SECTION 5

Équipement plus sécuritaire sur les terrains de jeux Ontario

Contexte :

En 1998, des changements ont été apportés aux normes de l'Association canadienne de normalisation (CSA) en matière d'équipement de terrain de jeux, et de nouvelles lignes directrices ont été introduites en 1999 afin de réduire le potentiel de blessures chez les enfants. Ces changements ont suscité l'enlèvement d'équipement dangereux de 138 écoles primaires de Toronto en 2001-2002. Cela a permis d'étudier l'efficacité des nouvelles normes, car les données relatives aux blessures subies sur les terrains de jeux étaient couramment recueillies. Les terrains de jeux ont été évalués par un consultant en terrains de jeux indépendant et qualifié. Dans chaque cas, l'inspecteur a déterminé si l'équipement pouvait être laissé tel quel, s'il devait être réparé ou rénové, ou s'il devait être enlevé et remplacé. On a tenu compte de deux facteurs lors de la décision : la gravité des blessures pouvant être subies à la suite de l'utilisation de l'équipement, et lorsque l'équipement était non conforme, la possibilité d'atteindre la conformité grâce à des réparations ou une rénovation.

L'évaluation a permis de désigner 136 écoles qui possédaient de l'équipement de terrains de jeux qui présentait un danger important (autrement dit, un risque imminent de blessure grave et permanente, ce qui indiquait généralement un risque de chute à partir d'une hauteur supérieure à 1,5 m ou sur une surface inappropriée), ne répondait pas aux normes de la CSA et ne pouvait pas être rénové de façon pratique afin d'en améliorer la sécurité. Quatre-vingt-six de ces écoles avaient mis le nouvel équipement en place à temps pour figurer dans cette étude, et sont connues sous le nom d'« écoles où a eu lieu l'intervention ». Deux cent vingt-cinq écoles supplémentaires, qui possédaient de l'équipement qui n'avait pas besoin d'être remplacé (les écoles sans intervention) ont servi de groupe de contrôle naturel pour les taux naturels de blessure pendant la période de l'étude. Au total, 34 557 élèves fréquentaient les écoles où a eu lieu l'intervention et 88 417 élèves ont fréquenté les écoles sans intervention.

Une base de données de rapports d'incidents provenant de l'Ontario School Board Insurance Exchange a permis de reconnaître les blessures subies avant et après le remplacement de l'équipement, soit de janvier 1998 à décembre 2002. Ces rapports étaient remplis par les membres du personnel scolaire lorsqu'« une attention médicale ou dentaire était requise », et comprenaient les blessures dont s'est occupé un enseignant ou un membre du personnel de l'école ainsi que celles qui ont nécessité que l'enfant rentre chez lui ou se rende dans un centre médical. Les taux de blessures sur les terrains de jeux (nombre de blessures par 1 000 enfants par mois) dans les écoles où l'intervention a eu lieu et dans

Niveau de mise en œuvre : local

Approche stratégique : environnement

Environnement : terrains de jeux des écoles

Public ciblé : élèves, conseils scolaires

Intensité des ressources : \$-\$\$\$\$\$

les écoles sans intervention ont été comparés, avant l'enlèvement de l'équipement et après le remplacement de l'équipement.

Buts et objectifs :

L'objectif consistait à déterminer si l'application des nouvelles normes de la CSA et le remplacement de l'équipement peu sûr par de l'équipement sécuritaire permettaient de réduire le nombre de blessures subies dans les terrains de jeux des écoles.

Évaluation :

À Toronto, les taux de blessures, et particulièrement de blessures associées spécifiquement à l'équipement de terrain de jeux, ont diminué après l'installation du nouvel équipement. Les taux de blessures dans les écoles sans intervention ont augmenté dans l'ensemble, et également relativement aux incidents spécifiques à l'équipement.

- Le taux de blessures dans les écoles où a eu lieu l'intervention a diminué, passant de 2,61 (IC de 95 % 1,93-3,29) blessures par 1 000 élèves par mois avant l'enlèvement de l'équipement à 1,68 (IC de 95 % 1,31-2,05) par 1 000 élèves par mois après le remplacement de l'équipement. C'est statistiquement significatif.
- Les cas dans lesquels l'équipement de terrain de jeux a été mentionné explicitement comme cause de la blessure représentaient environ 25 % du total des blessures. Dans ce sous-groupe, le taux de blessures associées à l'équipement dans les écoles où a eu lieu l'intervention a diminué, passant de 0,58 (IC de 95 % 0,45-0,72) blessure par 1 000 élèves par mois avant l'enlèvement de l'équipement à 0,44 (IC de 95 % 0,31-0,57) par 1 000 élèves par mois après le remplacement de l'équipement. C'est statistiquement significatif.
- Les taux de blessures dans les écoles sans intervention ont augmenté, passant de 1,44 (IC de 95 % 1,07-1,81) par 1 000 par mois avant l'intervention à 1,81 (IC de 95 % 1,07-2,53) par 1 000 par mois après l'intervention. C'est statistiquement significatif.
- Les taux de blessures associées à l'équipement dans les écoles sans intervention ont également augmenté, passant de

0,25 (IC de 95 % 0,19-0,32) par 1 000 par mois avant l'intervention à 0,32 (IC de 95 % 0,25-0,39) par 1 000 par mois après l'intervention. C'est statistiquement significatif.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- Un consultant en terrains de jeux indépendant et qualifié évalue les terrains de jeux. Remarque : l'Association canadienne des parcs et loisirs propose l'Institut canadien pour la sécurité dans les terrains de jeux afin de donner aux inspecteurs une formation sur les normes de la CSA.
- L'inspecteur détermine si l'équipement peut être laissé tel quel, s'il doit être réparé ou rénové, ou s'il doit être enlevé et remplacé.
- À partir de l'évaluation, déterminez les écoles qui possèdent un équipement de terrain de jeux qui présente un risque important et qui doit être remplacé, et les écoles qui n'ont pas besoin de nouvel équipement. Ces dernières seront les écoles « sans intervention » aux fins de votre évaluation.
- Déterminez les sources de données dans votre territoire qui recueillent des informations sur les incidents, afin d'évaluer les changements avant et après l'installation du nouvel équipement (p. ex., base de données de la compagnie d'assurance du conseil scolaire, si elle est disponible). Comparez les taux de blessures subies sur les terrains de jeux des écoles où a eu lieu l'intervention avec ceux des écoles sans intervention, avant l'enlèvement de l'équipement et après le remplacement de l'équipement.

Leçons apprises :

- Les normes de la CSA étaient un outil efficace pour reconnaître l'équipement de terrain de jeux dangereux. L'enlèvement et le remplacement de l'équipement dangereux constituent une stratégie efficace pour la prévention des blessures sur les terrains de jeux.

Obstacles :

- Il n'existe aucune façon de mesurer l'exposition. On soupçonne que la nouveauté de l'équipement augmentait l'exposition. Cela pourrait expliquer pourquoi les taux de blessures associées à l'équipement étaient encore légèrement plus élevés dans les écoles où a eu lieu l'intervention que



dans les écoles sans intervention, après l'intervention. La supervision, qui a peut-être changé également, n'était pas mesurée.

Facilitateurs :

- parce que le conseil scolaire remplaçait l'équipement dans un grand nombre de terrains de jeux en même temps, cela a permis une étude basée sur une population avec des nombres suffisants pour pouvoir faire confiance aux résultats.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Pour ceux qui envisagent de remplacer l'équipement de terrain de jeu pour se conformer aux normes de la CSA, une autre étude associée fait la lumière sur les meilleurs revêtements à placer sous l'équipement. (1) Cette étude a révélé que le sable de granit était préférable à la fibre ligneuse (Fibar). Le nombre de fractures du bras a été déterminé à partir d'incidents au cours desquels une chute en bas de l'équipement de terrain de jeu a eu lieu dans les écoles, pour chaque type de revêtement. Le risque de fracture du bras causé par une chute en bas de l'équipement de terrain de jeux sur un revêtement en fibre ligneuse était de 4,9 fois plus élevé que sur un revêtement en sable de granit.

Références / Renseignements supplémentaires :

- 1 Howard, A.W., C. Macarthur, L. Rothman, A. Willan, A.K. Macpherson. School Playground Surfacing and Arm Fractures in Children: A Cluster Randomized Trial Comparing Sand to Wood Chip Surfaces. PLoS Medicine. December 2009, Volume 6, Issue 12, e1000195. www.plosmedicine.org

Voir également :

- Howard, A.W., C. Macarthur, A. Willan, L. Rothman, A. Moses-McKeag, A. K. Macpherson. The Effect of safer play equipment on playground injury rates among school children. CMAJ May 24, 2005; 172 (11), 1443-1446.

Coordonnées :

SécuriJeunes Canada 416-813-7288 ou
safekids.web@sickkids.ca

Déclaration de faits étayant la stratégie :

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).

SECTION 5

A Million Messages

Alberta

Contexte :

A Million Messages était le résultat d'une collaboration entre deux programmes de Capital Health à Edmonton, en Alberta – Kidsafe Connection, le programme de prévention des blessures pédiatriques de Stollery Children's Hospital, et Community Health Services, division des soins primaires. Un comité multidisciplinaire a été constitué au milieu des années 1990 pour examiner les blessures et les décès attribuables aux blessures chez les enfants afin de comprendre les enjeux clés devant être abordés. Une fois les enjeux relatifs aux blessures déterminés et le caractère applicable des ressources disponibles évalué, un « tableau du personnel » (ressource en format tableau) a été élaboré pour chaque stade du développement des enfants, avec les messages clés pour ce stade et la liste des ressources facultatives, et A Million Messages (AMM) a été lancé. AMM fournit des messages relatifs à la prévention des blessures simples, uniformes et appropriés au stade de développement aux familles qui ont des enfants âgés de zéro à six ans dans les régions sanitaires de l'Alberta (aujourd'hui appelées « zones »). Les messages sont diffusés par les infirmiers en santé communautaire, les visiteurs à domicile et le personnel des hôpitaux dans le cadre de leur travail quotidien. Les visiteurs à domicile peuvent également être responsables de la mise en œuvre des modifications à l'environnement, y compris les couvercles pour prises, les prises pour poignées de porte, les dispositifs permettant de raccourcir les cordons des stores, les attaches en plastique pour entourer les cordons et les barrières d'escalier. Ce programme est intégré aux calendriers d'immunisation des organismes de santé publique, qui sont déjà établis.

Ce programme a fait l'objet d'un projet pilote à l'automne 2011, dans plusieurs cliniques du bien-être de l'enfant de la région d'Edmonton. L'évaluation du programme s'est avérée positive, et le programme a été étendu et réévalué en 2003.

Lors de chaque visite à la clinique ou à l'hôpital, les visiteurs à domicile/infirmiers ont communiqué un message uniforme et approprié au stade de développement de l'enfant concernant un problème pertinent relatif aux blessures pour le groupe d'âge en question. Des documents à remettre aux parents ont été fournis.

Les coûts du programme ont trait aux éléments suivants : 1) le développement et la mise en œuvre; 2) la planification, le temps du personnel pour la formation, et 3) l'impression des ressources. Le coût des ressources dépend entièrement du nombre de ressources que le programme choisit d'imprimer, car les fichiers sont disponibles et échangés moyennant des frais minimes.

Niveau de mise en œuvre :	provincial
Approche stratégique :	éducation
Environnement :	communauté
Public ciblé :	parents de jeunes enfants
Intensité des ressources :	\$-\$-\$

Buts et objectifs :

Le but consiste à permettre le développement optimal du jeune enfant en réduisant les blessures subies à la maison.

Évaluation :

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour évaluer le projet pilote, et, par la suite, le programme AMM étendu, comprenant la collecte de données avant et après, auprès des directeurs de sites, du personnel (infirmiers en santé communautaire [ISC] et infirmiers en prévention des blessures [IPB]) et des parents/responsables des enfants. Des groupes de consultation ont été organisés avec de nouveaux parents qui assistaient à des groupes *Baby Talk* et d'infirmiers en prévention des blessures. Des entrevues téléphoniques ont été menées auprès des directeurs des activités, des enseignants et des infirmiers de l'école. Pour terminer, une vérification des dossiers des cliniques de santé pour enfants a été effectuée.

- Les résultats antérieurs au projet pilote indiquaient qu'au début, le personnel se souciait du fait que l'inclusion d'AMM dans les cliniques de bien-être de l'enfant entraînerait une augmentation du temps passé en clinique. Les membres du personnel (n=24) ont trouvé qu'AMM était extrêmement facile à mettre en œuvre dans le cadre de leur routine quotidienne et n'entraînait pas une augmentation de la durée des rendez-vous (30 % ont dit que cela n'ajoutait pas de temps et 48 % ont dit que cela n'ajoutait que deux ou trois minutes). Pour de nombreux membres du personnel, il s'agissait d'un outil qui leur permettait de fournir de façon plus efficace des messages uniformes relatifs à la prévention des blessures. Cela est confirmé par des données indiquant qu'une proportion plus importante des clients recevait des informations sur la prévention des blessures après la mise en œuvre d'AMM.(1)

Résultats de la phase étendue :(2)

- Les messages répétés par AMM sont simples et atteignent leur public cible.
- Quatre-vingt-quatorze pour cent des 541 parents/responsables des enfants interrogés ont déclaré qu'ils avaient reçu des messages relatifs à la prévention des blessures lors de leur visite précédente à la clinique de santé pour enfants.

- Parmi ceux-ci, 60 % ont indiqué qu'ils avaient appris quelque chose de nouveau et que cette information avait généré un changement autodéclaré du comportement chez 46 % des parents/responsables des enfants.
- Quatre-vingt-treize pour cent des ISC ont suivi une formation sur le modèle AMM, et 91 % d'entre eux le trouvent facile à utiliser et le perçoivent comme un outil utile pour fournir les messages relatifs aux blessures.
- Quatre-vingt-trois pour cent des parents/responsables des enfants ont indiqué qu'ils avaient remarqué des documents et des informations sur la sécurité et la prévention des blessures dans le centre de santé publique (surtout lors de l'attente après l'immunisation).
- Les directeurs des activités n'ont éprouvé aucune difficulté relative à la mise en œuvre ou à l'utilisation du modèle. AMM est une initiative prometteuse qui permet de fournir davantage de services aux parents/responsables des enfants, tout en simplifiant les processus de travail pour le personnel. Tous les directeurs ont indiqué que la mise en œuvre avait été facile et que le modèle s'intégrait très bien dans le cadre existant. Les directeurs ont reconnu les contraintes de temps que subissaient les ISC pendant les heures d'ouverture des cliniques et que les immunisations supplémentaires qui sont maintenant données laissent très peu de temps pour aborder d'autres questions. Toutefois, il a été souligné que le modèle AMM fonctionne parce qu'il est simple et uniforme à présenter et qu'il confère une structure aux messages relatifs à la prévention des blessures. Aucun des directeurs n'a indiqué que des préoccupations ou des questions avaient été soulevées concernant AMM et son impact sur la prestation des services.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- Obtenir l'engagement des principaux décideurs du secteur de la santé publique (c.-à-d. présenter l'importance du problème des blessures chez les enfants, la nature des blessures subies et leur caractère évitable; préparer un dossier d'analyse qui illustre les avantages par rapport aux coûts – ce travail peut être intégré aux postes existants et les documents sont déjà élaborés, évalués et mis en œuvre dans d'autres territoires).



- Veiller à ce que la direction soutienne le personnel qui assiste à la formation sur AMM et accorde un temps suffisant pour l'éducation.
- Obtenir l'engagement du personnel et leur donner une formation – le personnel peut comprendre les infirmiers en santé publique, les visiteurs à domicile et le personnel de l'hôpital. La formation peut être effectuée par l'entremise d'un module sur Internet ou dans le cadre de l'orientation donnée à tous les nouveaux infirmiers/visiteurs à domicile.
- Obtenir des documents supplémentaires qui fournissent aux infirmiers le message approprié selon l'âge qu'elles doivent donner lors de la visite ou à la clinique, avec les documents appropriés à remettre aux parents.
- Surveiller la prestation du programme.

Leçons apprises :

- Les infirmiers en prévention des blessures, dont le rôle consiste également à veiller à ce que les ISC reçoivent les informations les plus à jour relativement la prévention des blessures, ont remarqué un changement dans l'acceptation globale et la réponse aux informations relatives aux blessures fournies au personnel. La crédibilité et la validité de ces informations ont augmenté parmi les membres du personnel, et les IPB sont considérés comme des intermédiaires clés entre la recherche et l'action.
- Au début, les praticiens et les directeurs pensaient que le programme augmenterait le temps passé en clinique. Il s'est avéré que cela n'est pas le cas (voir Évaluation).

Obstacles :

- Langue – la deuxième leçon en importance qui a été apprise pendant le projet pilote est le fait que les clients qui parlent l'ALS (anglais langue seconde) ne reçoivent pas toujours un message clair en raison de problèmes liés à la langue. Grâce à ce qui a été appris, les affiches ont été simplifiées, afin de fournir un message clair comptant moins de huit mots par affiche. L'image dit toute l'histoire. Les ressources traduites sont toujours les bienvenues, mais elles doivent être en langage simple, car beaucoup d'individus qui parlent l'ALS ne savent pas lire et écrire, même dans leur propre langue.

Facilitateurs :

- Le fait d'avoir des infirmiers en prévention des blessures dans la zone sanitaire facilite l'admission et maintient l'intérêt envers le programme.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Ce programme a déjà été transféré à certaines régions de la Colombie-Britannique et à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.
- Des copies électroniques des fichiers contenant les graphiques et d'autres ressources sont disponibles.
- Les régions qui souhaitent utiliser ce concept et l'intituler « A Million Messages » (ou Un Million de messages) doivent utiliser les illustrations produites par le graphiste initial.
- Une convention d'utilisation doit être signée par les utilisateurs, ce qui inclut l'entente relative au partage de nouvelles ressources développées avec de nouvelles régions qui mettent en œuvre le programme.

Références / Renseignements supplémentaires :

- 1 Evaluation of the Model for "A Million Messages" A Pilot Project, Prepared by BIM Larsson & Associates. March 5, 2001.
- 2 A Million Messages and Safety Resource Materials An Outcome Evaluation. Prepared by: BIM Larsson & Associates March 2003.

Voir également :

- Site Web pour AMM : www.albertahealthservices.ca . Un fois là, cliquez « Health Information » puis « Health and Wellness » puis « Injury Prevention and Safety ».

Coordonnées :

Lacey Hoyland, Alberta Health Services
Lacey.Hoyland@albertahealthservices.ca

Déclaration de faits étayant la stratégie :

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.

SECTION 5

Programme de trousse de sécurité Québec

Contexte :

Pendant les années 1990, la région du Bas-Saint-Laurent (BSL), au Québec, avait l'un des taux les plus élevés d'hospitalisation des enfants en raison de blessures. En 1998, la région du BSL a décidé d'utiliser un nouvel outil pour aider les familles à améliorer la sécurité dans leur domicile. Les infirmières qui participaient au programme de visites à domicile après la naissance ont demandé un outil concret, et les trousse de prévention des blessures ont été élaborées. Les trousse avaient une valeur d'environ 35 \$ et comprenaient des dispositifs de prévention simples, comme des loquets pour armoires, des couvercles pour prises électriques, des couvercles pour poignée de porte, un détecteur de fumée, des bandes antidérapantes pour la baignoire, un autocollant pour le téléphone portant le numéro du centre antipoison, etc.

Les résultats de l'évaluation de cette expérience se sont avérés si positifs que d'autres régions ont adopté la stratégie, en utilisant des trousse de sécurité adaptées à leurs besoins particuliers. Depuis, l'efficacité de cette approche a été confirmée, et l'on en fait la promotion comme bonne pratique fondée sur les faits à l'échelle internationale; de plus, elle est devenue une intervention recommandée dans un document publié en 2009 par l'Institut national de la santé publique du Québec et intitulé « Les traumatismes chez les enfants et les jeunes Québécois âgés de 18 ans et moins : état de situation ». Jusqu'à maintenant, plus de la moitié des 16 régions sanitaires du Québec ont adopté le programme.

Buts et objectifs :

Le programme de santé public du Québec vise à réduire la morbidité et la mortalité attribuables aux chutes et aux blessures à domicile. Le principal but du programme est d'encourager les familles à améliorer la sécurité dans la maison, en les aidant à se sentir plus compétentes pour le faire.

L'objectif consiste à intégrer des activités liées à la prévention des blessures et des autres traumatismes à la maison (qu'ils soient causés par une chute, un empoisonnement, la suffocation, des brûlures ou la noyade) à des programmes de visites à domicile préventives et à des activités liées au soutien éducatif précoce (p. ex., trousse de prévention des blessures).

Évaluation :

Le projet pilote de ce programme a été évalué par l'entremise d'une conception avant et après quasi-expérimentale, en utilisant un groupe de contrôle. Le groupe qui a reçu la trousse de sécurité comptait 50 familles, tandis que 46 familles constituaient le groupe de contrôle

Niveau de mise en œuvre :	régional
Approche stratégique :	éducation
Environnement :	à domicile
Public ciblé :	familles à risque qui ont des enfants d'âge préscolaire
Intensité des ressources :	\$-\$\$

qui n'a reçu que des conseils. Un formulaire normalisé a été rempli lors de la première visite, lors de la remise de la trousse, et rempli de nouveau lors de la deuxième visite, huit semaines plus tard. Les changements relatifs aux pratiques de sécurité ont été indiqués sur le deuxième formulaire. Les résultats indiquaient que les parents étaient satisfaits de la trousse et qu'on pouvait observer un changement de 77 % relatif aux pratiques de sécurité (ce qui est statistiquement significatif). Les parents apportaient souvent des changements qui n'étaient pas couverts par la trousse. Les infirmières formant un groupe de consultation ont également révélé qu'elles étaient satisfaites de la trousse, que l'on décrivait comme un bon outil d'introduction lors des visites à domicile, dans le cadre d'une approche systématique de prévention des blessures. Les infirmières considéraient que la trousse faisait en sorte qu'il était plus facile de parler aux familles et les aidait à discuter du concept de sécurité de manière positive et spécifique. Les infirmières ont suggéré que la trousse pourrait être améliorée et les articles moins pertinents retirés. Ce même programme a été reproduit dans le cadre d'une étude plus importante en banlieue de Paris, en France, avec les mêmes effets positifs.(1)

Le suivi des hospitalisations pour blessures est effectué par région. Dans la région, en 1997-8, les taux d'hospitalisation pour blessures chez les enfants de zéro à quatre ans s'élevaient à 3,22, comparativement à 3,38 pour l'ensemble du Québec. En 2008-9, ces taux s'élevaient à 1,88 pour le BSL et à 2,49 pour l'ensemble du Québec.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- La province/le territoire ou la région sanitaire décide de mettre en œuvre un programme de trousse de sécurité à domicile et comment il sera financé.
- L'autorité sanitaire régionale développe les trousse et organise le moment de la distribution et le mécanisme de livraison. Elle peut également assumer la responsabilité du financement.
- Les trousse sont remises lors d'une visite à domicile régulière effectuée par l'infirmière, lorsque le bébé a entre six et neuf mois, et la visite suivante sert à renforcer les messages et à voir si la trousse a été utilisée de façon appropriée.
- La surveillance et l'évaluation sont intégrées au programme.

Leçons apprises :

- La plupart des infirmières se sentaient plus compétentes lorsqu'elles disposaient d'outils qu'elles pouvaient utiliser avec les familles et étaient fières d'augmenter leur rôle relatif à la prévention des blessures. Comme chaque région contrôle le contenu des trousse, elle ressent un plus grand sentiment d'appartenance envers le programme.

Obstacles :

- La logistique (achats, entreposage, distribution) doit être bien planifiée.

Facilitateurs :

- Formation donnée aux infirmières, articles faciles à utiliser, pratiques et aux couleurs vives!

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Une relation de confiance doit exister entre la famille et l'infirmière qui lui rend visite.
- Les infirmières doivent recevoir une orientation avant la mise en œuvre, et on doit leur demander régulièrement leurs commentaires concernant l'intervention.
- Les trousse de sécurité doivent être gratuites et les articles faciles à installer.
- Les familles apprécient de recevoir de l'aide relativement à l'installation des dispositifs de sécurité.
- Pour augmenter la motivation des familles, des visites de suivi doivent être prévues quelques semaines après l'accouchement.
- Une autre étude effectuée en Colombie-Britannique (projet *Baby Safe*) auprès de familles ayant des bébés de moins d'un an a également indiqué que la distribution d'une trousse de sécurité à domicile avait des effets positifs.



Références / Renseignements supplémentaires :

- 1 Sznajder, M, Leduc S, Janvrin, MP, Bonnin MH, Aegerter, P, Baudier, F, Chevallier, B. Home delivery of an injury prevention kit for children in four French cities : a controlled randomized trial. Injury Prevention 2003 ; 9 :261-265.

Voir également :

- Babul, S., Olsen, L., Janssen, P., McIntee, P., and Raina, P. (2007) 'A randomized trial to assess the effectiveness of an infant home safety programme', International Journal of Injury Control and Safety Promotion, 14:2, 109-117.
- Gagné M, Leduc S, Maurice P, Patry P. Les traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois âgés de 18 ans et moins: état de situation. Institut national de santé publique du Québec, 2009.
- LeDuc, S., Gagné, M. Interventions for Parents and Distribution of Safety Equipment, pédiatrie, vol 12, no. 4, July August 2009 [pages 239-244].
- Kendrick D, Coupland C, Mason-Jones AJ, Mulvaney C, Simpson J, Smith S, Sutton A, Watson M. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.
- MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Towner L. Child Safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe; 2006.
- Sznajder, M, Leduc S, Janvrin, MP, Bonnin MH, Aegerter, P, Baudier, F, Chevallier, B. Home delivery of an injury prevention kit for children in four French cities: a controlled randomized trial. Injury Prevention 2003 ; 9 :261-265.
- World Health Organization (2008). World Report on Child Injury Prevention. Geneva: World Health Organization.

Coordonnées :

Pierre Maurice : Institut national de santé publique du Québec
Pierre.Maurice@inspq.qc.ca
Sylvain Leduc : service de santé publique du Bas-Saint-Laurent
sylvain.leduc.asss01@ssss.gouv.qc.ca

Déclaration de faits étayant la stratégie :

Le soutien 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.

SECTION 5

Programme Pensez d'Abord les enfants TD À l'échelle nationale

Contexte :

Le programme Pensez d'Abord les enfants TD est un programme d'information scolaire à l'intention des enfants de la maternelle à la 8^e année. Il a été adapté à partir du programme de ThinkFirst USA, conçu et évalué (pour les enfants de la 1^{ère} à la 3^e année) pendant les années 1990.

Conçu comme une ressource pour les enseignants, le programme Pensez d'Abord les enfants TD répond aux exigences de contenu éducatif de toutes les provinces et de tous les territoires du Canada. Ce programme a été conçu par une équipe multidisciplinaire composée de professeurs, de spécialistes de programmes éducatifs, de médecins, de spécialistes en sciences neurologiques, de personnel de Pensez d'Abord et de chefs de sections régionales de Pensez d'Abord pour apprendre aux enfants à penser d'abord et à jouer de façon sécuritaire afin de prévenir les traumatismes crâniens et médullaires. En 2007, le programme a reçu le prix pour la sécurité communautaire de Sean Kells attribué par Communautés sécuritaires Canada. Avec des milliers d'ensembles du programme éducatif complet distribués dans les écoles et les organismes de santé publique au Canada, le programme Pensez d'Abord les enfants TD est divisé en quatre cartables, chacun s'adressant à un groupe scolaire cible, soit les enfants de la maternelle, ensuite ceux des 1^{ère}, 2^e et 3^e année, suivis des 4^e, 5^e et 6^e année et enfin les étudiants des 7^e et 8^e année. Le programme, qui existe en version française et anglaise, est offert gratuitement aux écoles et aux organismes de santé publique du Canada. Le financement pour le développement du programme, la production de documents et les mises à jour récentes a été fourni par le Groupe TD.

En présentant les liens entre la neuroanatomie de base et la prévention des blessures lors de leçons qui abordent la sécurité relative aux véhicules, aux piétons, au cyclisme et aux terrains de jeux, Pensez d'Abord les enfants TD enseigne aux élèves l'importance de la pensée critique et de la gestion des risques. Après les modules sur le cerveau et la moelle épinière, les autres modules peuvent être enseignés n'importe quand pendant l'année. Ils peuvent être intégrés à d'autres sujets ou enseignés consécutivement pendant un bloc de temps. Pour chaque combinaison d'années, le programme comprend des plans de leçons conviviaux, des documents à distribuer aux élèves prêts à photocopier, des chansons, des jeux et des fournitures audiovisuelles (le cas échéant), des documents à faire parvenir aux parents, ainsi qu'une liste de ressources accessibles, de ressources locales potentielles et de documents d'évaluation. L'information concernant les attentes relatives au programme scolaire pour chaque province est également incluse, afin que les professeurs voient où et comment ils peuvent répondre aux exigences de leur province grâce à Pensez d'Abord les enfants TD.

Niveau de mise en œuvre : local/provincial

Approche stratégique : éducation

Environnement : école

Public ciblé : enfants d'âge scolaire, de la maternelle à la 8^e année

Intensité des ressources : \$

Au niveau intermédiaire (7^e et 8^e années), les modules sont orientés vers l'importance des connexions : les comprendre, les faire, les briser, les conserver et les gérer. Après la présentation d'une vidéo de la « vraie vie » intitulée « Jeux dangereux », un module d'introduction sur la compréhension du cerveau et de la moelle épinière est enseigné, plantant ainsi le décor pour les leçons suivantes. Il est plus complexe que le matériel utilisé pour les enfants plus jeunes, et touche de nombreux aspects du programme scolaire. Les modules suivants abordent les questions des drogues et des substances dangereuses, des pressions causées par les pairs et la société, de la violence, des aptitudes à communiquer et de la prise de décisions. Le programme se termine par une activité qui inclut une recherche individuelle. Le programme intermédiaire peut être utilisé avec ou sans expérience antérieure relative à Pensez d'Abord les enfants TD.

Buts et objectifs :

Le but du programme d'information consiste à renseigner les enfants au sujet des aspects merveilleux de leur cerveau – à penser d'abord et à jouer de façon sécuritaire afin d'éviter les traumatismes crâniens et médullaires. Il équipe les professeurs avec les informations nécessaires pour transmettre ces connaissances.

Évaluation :

Le programme TFFK 1-3 américain a été évalué à grande échelle et les résultats ont été documentés dans des rapports de recherche publiés (voir les références.) Au Canada, les résultats d'une évaluation du programme intermédiaire donné à Ottawa, en Ontario, ont été publiés en 2009. (1) L'acquisition des connaissances a été évaluée sur le plan quantitatif par un test sur la prévention des blessures au début, à la fin du programme d'information et six semaines après. Les expériences et les comportements des participants ont été examinés sur le plan qualitatif lors d'entrevues et de groupes de consultation. Les résultats du test ont présenté une amélioration entre le début (26,48 ± 0,17, n=204), la fin (27,75 ± 0,16, n=176), et six semaines après la fin (28,65 ± 0,13, n=111) (p<0,05). La plupart des élèves (70 %) ont signalé que les décisions qu'ils prenaient avaient changé lorsqu'ils faisaient face à des situations impliquant des comportements dangereux, et 71 % ont indiqué que leur comportement avait changé grâce au programme d'information.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

Si vous essayez d'introduire Pensez d'Abord les enfants TD dans un système scolaire :

- Déterminez quels organismes se rendent déjà dans les écoles pour effectuer des présentations sur la sécurité. Réunissez ces organismes pour former une coalition locale (si cela n'a pas déjà eu lieu) et incitez-les à préconiser l'adoption d'un programme d'information standard sur la sécurité dont il est avéré qu'il augmente les connaissances, et dans lequel ils peuvent tous jouer un rôle.
- Déterminez si le ministère de l'Éducation a déjà un programme d'information approuvé sur la sécurité pour la province ou le territoire.
- Si cela n'est pas le cas, préparez un dossier d'analyse qui expliquera les raisons de l'adoption d'un programme d'information standard répondant aux besoins, à savoir Pensez d'Abord les enfants TD (plus facile pour les professeurs, renforcement de messages uniformes, peut être lié plus facilement aux résultats du programme scolaire, les groupes communautaires actuels peuvent s'insérer dans les modules, etc.)
- Si c'est le cas, préparez un dossier d'analyse qui explique la manière dont des modules sélectionnés du programme Pensez d'Abord les enfants TD peuvent compléter le programme scolaire actuel.
- Déterminez qui, dans le ministère de l'Éducation ou le conseil scolaire, prend les décisions relatives aux ressources pour le programme scolaire et quels domaines bénéficieraient d'un tel programme d'information. L'acceptation varie selon la province ou le territoire et peut commencer par le ministère de l'Éducation, de la Santé, de la Santé publique ou des Sports, avant de passer aux conseils scolaires pour finalement arriver aux écoles individuelles. Comme chaque province est légèrement différente, il est essentiel de comprendre comment les ressources pour le programme d'études sont acceptées et finissent par être utilisées, en vue de trouver le meilleur point d'entrée.



- Une fois le point d'entrée trouvé, organisez une réunion avec les représentants clés. Amenez un ou deux partenaires clés (police, pompiers, etc.) à la réunion et présentez le programme d'information, les résultats publiés des évaluations et votre dossier d'analyse. Vous aurez peut-être besoin de plusieurs réunions avant de faire des progrès.
- Offrez de créer un projet pilote avec une école afin de présenter le programme d'information et d'en évaluer les résultats. Ces résultats peuvent ensuite servir à influencer une décision de recommander Pensez d'Abord les enfants TD comme ressource pour le programme scolaire. Transmettez les résultats à d'autres territoires scolaires.

Leçons apprises :

- Bien que certaines provinces aient utilisé ce programme d'information à grande échelle, il n'est pas garanti que les professeurs y aient recours, sauf s'ils sont motivés à le faire, sont exposés à des blessures ou à la prévention des blessures, ou ont un lien local avec un groupe de prévention des blessures. Souvent, un organisme de prévention des blessures ou l'un de ses partenaires (police, pompiers, services médicaux d'urgence, association pour les victimes de traumatisme crânien, groupe de sécurité à bicyclette, etc.) montre à l'école ou au conseil scolaire la manière dont le programme d'information peut être utilisé et leur présente les personnes-ressources locales qui sont disponibles pour améliorer les leçons.

Obstacles

- Les groupes externes ont fait tellement de demandes contradictoires sur le temps accordé aux leçons que même les programmes qui sont liés clairement aux résultats stipulés pour le programme scolaire (niveaux de connaissances ou de compétences que les élèves doivent atteindre dans un certain domaine) ne sont utilisés que si quelqu'un fait en sorte que les écoles peuvent y avoir recours facilement. Même dans un tel cas, il faut un engagement de la part de champions au sein du personnel de l'école pour s'assurer que la prévention des blessures est intégrée au programme scolaire. Si l'on prend le temps de développer ces champions, cela permettra de s'assurer que le programme d'information est utilisé.
- Certains conseils scolaires ou ministères de l'Éducation ont élaboré leurs propres ressources de prévention des blessures, qui ont parfois adopté une approche plus basée sur les règles; ces territoires de compétences ne voient pas alors l'avantage de passer à une approche basée sur la pensée critique et sur l'évaluation et la gestion du risque. Pensez d'Abord les enfants

TD adopte cette dernière approche, et les compétences apprises peuvent être appliquées lors de l'évaluation d'autres domaines de risque.

Facilitateurs :

- La participation des sections régionales de Pensez d'Abord, des infirmiers en neurosciences, des neurochirurgiens et d'autres champions dans la communauté peuvent faciliter l'adoption et la prestation du programme.
- Les administrateurs scolaires, les directeurs et les enseignants qui voient l'avantage d'enseigner la prévention des blessures pendant les heures de classe.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Le programme d'information est conçu pour être transféré n'importe où au Canada. De plus, au moins une section régionale de Pensez d'Abord (IPE) a étendu le composant relatif à la sécurité à bicyclette du composant s'adressant à la maternelle pour en faire un module autonome qui a été évalué (les résultats n'ont pas encore été publiés) et qui est en train de devenir une ressource supplémentaire pour Pensez d'Abord les enfants à l'échelle nationale.

Références / Renseignements supplémentaires :

- 1 Vassilyadi, M., C. Duquette, M.F. Shamji, S. Orders, S. Dagenais. Evaluation of the ThinkFirst for Kids Injury Prevention Curriculum for grades 7/8. Canadian Journal of Neurological Sciences 2009; 36: 761-768.

Voir également :

- Greene, A., P. Barnett, J. Crossen, G. Sexton, P. Ruzicka, and E. Neuwelt. Evaluation of the THINK FIRST for KIDS injury prevention curriculum for primary students. (Research Letter). Injury Prevention. 8.3 (Sept 2002): 257(2).
- Gresham L.S., D. L. Zirkle, S. Tolchin, C. Jones, A. Maroufi, J. Miranda. Partnering for Injury Prevention: Evaluation of a Curriculum-Based Intervention Program Among Elementary School Children. Journal of Pediatric Nursing, Vol 16, No 2 (April), 2001.
- Vassilyadi, M., C. Duquette, M.F. Shamji, S. Orders, S. Dagenais. Evaluation of the ThinkFirst for Kids Injury Prevention Curriculum for grades 7/8. Canadian Journal of Neurological Sciences 2009; 36: 761-768.

Coordonnées :

ThinkFirst Canada - Pensez d'Abord Canada admin@thinkfirst.ca, greer@thinkfirst.ca, paula@thinkfirst.ca
Website: www.thinkfirst.ca

Déclaration de faits étayant la stratégie :

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

SECTION 5

Acquired Brain Injury Strategy Saskatchewan

Contexte :

L'Acquired Brain Injury (ABI) Partnership, entre Saskatchewan Health et Saskatchewan Government Insurance (SGI), a commencé en 1996 à la suite de recommandations faites par le conseil consultatif en réadaptation formé par SGI. La nécessité de la prévention primaire a été reconnue, mais le but global du partenariat était de développer des services exhaustifs et systématiques pour les clients atteints de LCA, en augmentant la capacité à fournir une prévention primaire et secondaire.

Le développement des compétences a eu lieu de plusieurs façons :

- Un poste de coordonnateur à l'éducation et à la prévention est financé par l'entremise du partenariat et situé dans le ministère de la Santé du gouvernement de la Saskatchewan. Le partenariat fonde des postes régionaux spécifiques à la prévention des blessures, situés dans trois régions sanitaires; de plus, un poste relève du Saskatchewan Prevention Institute. Ce dernier poste se consacre exclusivement à la prévention des blessures chez les enfants.
- Dans le cadre de la stratégie, des programmes de prévention des blessures ont été financés dans l'ensemble de la province afin de tenter de renforcer les capacités nécessaires pour prévenir les lésions cérébrales en Saskatchewan.
- Un programme de subventions communautaire a été élaboré afin de permettre à des groupes d'établir, d'améliorer ou de présenter des programmes qui abordent des enjeux liés à la sécurité routière et à la prévention des blessures dans leur communauté. Un comité consultatif provincial fournit ses compétences et ses opinions au partenariat.

La présente étude de cas se concentre spécifiquement sur le renforcement des capacités des praticiens en prévention des blessures, et l'exemple utilisé pour l'illustrer sera le travail de prévention des blessures chez les enfants effectué sous l'égide du poste financé au sein du Saskatchewan Prevention Institute. Le Saskatchewan Prevention Institute, dont relève l'un des postes financés, organise une formation de technicien en sécurité des enfants passagers dans l'ensemble de la province. Après la formation, les participants peuvent retourner dans leur communauté et renseigner les parents et les responsables des enfants sur les manières correctes d'utiliser leur siège d'auto.

Buts et objectifs :

Le but global de l'ABI Partnership consiste à « réduire le nombre de LCA dans la province de Saskatchewan et améliorer la capacité des fournisseurs de services, de la communauté, des clients et de leurs familles à mieux faire face aux impacts de leurs blessures. » Afin de réaliser cet objectif, il était nécessaire de développer les compétences

Niveau de mise en œuvre :	provincial
Approche :	développement des compétences
Environnement :	divers
Public ciblé :	individus atteints de lésions cérébrales acquises (LCA, ou ABI en anglais), familles, communauté
Intensité des ressources :	\$\$\$\$

des communautés afin qu'elles aient accès à une éducation efficace sur les lésions cérébrales acquises et les initiatives de prévention qui favoriseront les choix sûrs en matière de mode de vie.

L'ABI Partnership offre chaque année un programme de subventions communautaire de 100 000 \$. Les organismes communautaires présentent leurs propositions de subvention d'activités de prévention des blessures au niveau local ou provincial. La disponibilité de ce financement permet aux organismes communautaires d'organiser des activités d'éducation, d'inviter des conférenciers, de développer des ressources et de mener des sondages et d'autres petites évaluations sur une vaste gamme d'activités de prévention des blessures, particulièrement les sujets liés à la prévention des LCA. Une des initiatives financées était axée sur la sécurité des enfants passagers. Le but de l'initiative de sécurité des enfants passagers consistait à développer les compétences en augmentant le nombre de techniciens certifiés ayant suivi une formation. Une fois formés, les techniciens travaillaient dans leurs communautés afin de développer les compétences des parents, pour leur permettre de sélectionner le bon siège d'auto et de l'installer correctement.

Évaluation :

L'ABI Partnership global a été évalué à plusieurs reprises et il réalise ses objectifs. (Voir le lien vers le site Web ci-dessous, dans Références.) Il est intéressant de noter que cette stratégie est unique au Canada, en ce sens qu'elle tient compte des besoins en matière de programmes et de soutien de personnes atteintes de LCA et de leurs familles, de la prévention secondaire de blessures à ce groupe de population et de la prévention primaire des lésions cérébrales acquises. En 2004, une analyse des sorties de l'hôpital a révélé que le nombre d'hospitalisations pour les LCA, et en particulier les traumatismes cérébraux, avait diminué. Bien que ce déclin puisse être attribuable à de nombreux facteurs, il est possible que l'augmentation de l'activité entourant la prévention des LCA ait joué un rôle. En particulier, le fait que la province peut maintenant compter cinq coordonnateurs en prévention des blessures qui fournissent des services de recherche, d'éducation, de promotion, de développement communautaire et de ressources communautaires, alors qu'il n'y en avait aucun auparavant, a eu un impact.

En ce qui concerne l'initiative de sécurité des enfants passagers, on pouvait compter dès 2006 deux formateurs d'instructeurs, 21

instructeurs et 201 techniciens dans 65 communautés de la Saskatchewan. Avant 1997, une seule personne donnait une formation sur la sécurité des enfants passagers en Saskatchewan. Il a été demandé à ces participants d'évaluer, sur une échelle de 1 à 10, leurs connaissances perçues des sièges d'auto avant et après la formation. Avant la formation, la réponse moyenne était de 4,5/10, ce qui a passé à 8,6/10 après la formation.

Les cliniques sur les sièges d'auto sont un autre composant évalué de la sécurité des enfants passagers. Dans le cadre de celles-ci, un éducateur enseigne aux parents ou aux responsables des enfants à installer correctement le siège d'auto de leur enfant, comment attacher l'enfant correctement dans le siège et quel siège convient le mieux à l'enfant. En 2004, le Saskatchewan Prevention Institute a effectué par téléphone un suivi après un an auprès de 150 participants à la clinique afin de mesurer l'efficacité perçue des cliniques et les changements associés des connaissances et des comportements. La réponse moyenne des personnes interrogées concernant l'utilité de la clinique était de 4,7/5 (1 = pas utile et 5 = très utile). Une augmentation statistiquement significative des connaissances sur les sièges d'auto a également été signalée, les résultats relatifs aux connaissances passant de 6/10 avant la clinique à 8,6/10 (la valeur p est inférieure à 0,001) lors du suivi après un an. Il a également été demandé aux participants au sondage s'ils avaient changé la manière dont ils installaient le siège ou attachaient leur enfant dans le siège après avoir assisté à la clinique. Soixante-deux pour cent ont indiqué qu'ils avaient changé la manière dont ils installaient le siège, et 42,7 % la manière dont ils attachaient l'enfant.(1) Les cliniques se sont développées considérablement au fil des ans, et en 2005, 2 799 sièges avaient été vérifiés dans 64 communautés, soit lors d'une des 129 cliniques, soit sur rendez-vous.

Un troisième aspect du travail des techniciens en sécurité des enfants passagers est leur rôle de partenaires dans l'application des lois sur les sièges d'auto. Les techniciens participent à des vérifications routières régulières, dans le cadre desquelles des contraventions peuvent être remises en cas d'infraction et les techniciens corrigent les problèmes relatifs aux sièges d'auto, si c'est possible. Deux fois par an, ils se joignent également au *Selective Traffic Enforcement Program* et organisent des campagnes-éclair sur la sécurité routière dans différentes communautés. Des représentants de toutes les divisions relatives à la circulation de la province (la GRC et les forces municipales) y participent.



Une évaluation plus détaillée du programme de sécurité des enfants passagers est en cours; toutefois, il est évident que la capacité a augmenté en ce qui concerne le nombre de techniciens en sièges d'auto et a entraîné des compétences supplémentaires au niveau individuel.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- SGI a conclu une entente avec le ministère de la Santé du gouvernement de la Saskatchewan.
- Un projet pilote a été effectué.
- Le groupe consultatif provincial sur les LCA a été créé.
- Un financement a été octroyé aux régions sanitaires et aux organismes non gouvernementaux.
- Des collaborations et des partenariats ont été formés dans toute la province.
- Des rapports sur les données ont été générés afin d'aider les communautés à déterminer les priorités.
- Un programme de subventions communautaire a été mis en œuvre pour financer les activités, les programmes et les événements relatifs à la sécurité des enfants passagers :
 - Des techniciens en sièges d'auto ont suivi une formation.
 - Les techniciens ont organisé des vérifications des sièges d'auto dans les communautés.
 - Les techniciens ont établi un partenariat avec les services de police afin de participer à des vérifications routières.
 - Un sondage a été effectué par téléphone auprès des parents afin de déterminer l'utilité perçue, les connaissances et les changements de comportement.

Leçons apprises :

- D'une perspective globale, pour développer les compétences il est essentiel de disposer d'un leadership fort au niveau provincial, de la volonté politique et de l'approbation des politiciens afin de mettre en œuvre un programme à cette échelle.
- Les subventions ont permis aux collectivités d'effectuer des activités de prévention des blessures qui sont importantes et pertinentes pour chaque communauté individuelle, qui a eu

toute la latitude nécessaire pour adapter le programme.

Obstacles :

- Il a été difficile d'impliquer la partie la plus au nord de la Saskatchewan, qui est peut-être la plus vulnérable, en raison de difficultés relatives au recrutement et à la conservation du personnel et aux défis à relever pour que la prévention des blessures devienne un enjeu alors qu'il n'est pas toujours possible de répondre aux besoins fondamentaux.
- Le temps requis pour organiser et donner les cliniques sur les sièges d'auto.

Facilitateurs :

- Le personnel du ministère de la Santé, de SGI, des régions sanitaires et des organismes non gouvernementaux.
- Les partenariats avec les organismes communautaires et les services de police.
- Les données afin d'indiquer la nécessité des interventions.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- L'établissement d'un partenariat entre le gouvernement provincial, les régions sanitaires et les organismes non gouvernementaux, qui apportent tous des attributs différents à la table (p. ex., financement, infrastructure, compétences) plante le décor du transfert de cette expérience.

Références / Renseignements supplémentaires :

- 1 Acquired Brain Injury Partnership Project: Program Evaluation 2004 – 2006, Saskatchewan Health and SGI.

Voir également :

- www.abipartnership.sk.ca/html/abi-resources-publications/index.cfm

Coordonnées :

Kelly Froehlich, ministère de la Santé, gouvernement de la Saskatchewan, kfroehlich@health.gov.sk.ca

Déclaration de faits étayant la stratégie:

Lorsque des activités de développement des compétences, comme les conférences, les ateliers et les programmes d'éducation permanente, ont eu lieu, des avantages considérables pour le travail de prévention des blessures ont été observés.

SECTION 5

Collaboration atlantique pour la prévention des blessures

Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador,
Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard

Contexte :

Pendant les années 1990, alors que Santé Canada tenait plusieurs consultations sur la prévention des blessures chez les enfants, la prévention des blessures ne faisait pas partie intégrante du travail de la plupart des participants provenant des provinces de l'Atlantique (un participant gouvernemental et un participant non gouvernemental par province). De plus, peu d'entre eux semblaient savoir qui menait des activités de prévention des blessures dans leur région. Tandis que d'autres régions du pays établissaient ou amélioraient des centres et des programmes provinciaux sur la prévention des blessures, le Canada atlantique comptait un nombre limité de généralistes en prévention des blessures identifiés – un au Janeway Children's Hospital à St John's (TN) pendant une période limitée, et un coordonnateur de la prévention des blessures à temps partiel à l'IWK Children's Hospital de Halifax (NE), dont le mandat touchait toutes les provinces maritimes.

En décembre 2000, 60 représentants de tous les domaines de la prévention et du contrôle des blessures provenant du Canada atlantique se sont réunis à l'IWK Health Centre de Halifax. Cette première réunion a été possible grâce à l'appui de SAUVE QUI PENSE, de SécuriJeunes Canada et de la Safe Communities Foundation. Grâce à cette réunion, le Réseau atlantique de prévention des traumatismes (RAPT), maintenant appelé la Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB) a été créé et fournit un leadership en prévention des blessures dans les provinces de l'Atlantique.

De 2000 à 2008, la CAPB avait un secrétariat à temps partiel financé par SAUVE QUI PENSE. En 2007, la NE et TN avaient fourni un financement afin de compléter une subvention réduite de SAUVE QUI PENSE, et en 2008 le Réseau s'est constitué en personne morale sous le nom de CAPB; il a alors abordé les sous-ministres de la Santé des quatre provinces de l'Atlantique afin d'obtenir un financement continu. Un dossier d'analyse a été préparé afin de présenter les réussites du Réseau et son potentiel en matière de leadership futur, et chaque province a consenti à fournir un financement. Peu après, un directeur général à temps plein a été embauché pour prendre la tête de la Collaboration.

Depuis, la CAPB a disposé d'un financement de base de 100 000 \$ par an, ce qui lui a permis d'avoir un directeur général à temps plein et quelques ressources; le DG a bénéficié du temps et des capacités nécessaires pour élaborer des projets et rechercher un financement supplémentaire provenant de différentes sources. Depuis 2008, ce financement supplémentaire, qui s'est élevé à 600 000 \$, a été utilisé pour différents projets, en particulier ceux concernant le transfert et la diffusion des connaissances, afin de développer les compétences des praticiens en prévention des blessures du Canada atlantique. Aux fins de la présente étude de cas, nous nous concentrons sur leurs compétences en leadership.

La CAPB sert de forum qui relie le gouvernement, les universitaires et

Niveau de mise en œuvre : régional

Approche stratégique : leadership

Environnement : tous

Public ciblé : praticiens en prévention des blessures et décideurs

Intensité des ressources : \$\$ - \$\$\$

les organismes non gouvernementaux afin qu'ils collaborent dans les domaines décrits dans la section Buts et objectifs ci-dessous. En tant que chef de file de la prévention des blessures, elle joue un rôle de premier plan en facilitant l'élaboration de politiques publiques saines et la création d'environnements favorables dans tout le Canada atlantique. Elle est dirigée par l'équipe de leadership, composée de membres du gouvernement et de membres qui ne font pas partie du gouvernement, les quatre provinces de l'Atlantique étant représentées. Chaque province a mis sur pied sa propre coalition ou son propre réseau provincial (section locale de la CAPB) afin de collaborer à des initiatives locales.

Buts et objectifs :

- Le but de la CAPB est de réduire le fardeau lié aux blessures dans le Canada atlantique. La CAPB facilite et dirige la collaboration dans les activités de prévention des blessures du Canada atlantique dans les domaines suivants :
 - Leadership atlantique/interprovincial.
 - Surveillance/Recherche.
 - Élaboration des politiques.
 - Renforcement des capacités.

Évaluation :

Grâce à la Collaboration, les résultats suivants ont été réalisés :

- Le nombre de membres a augmenté, passant de 60 au début à plus de 200 abonnés au serveur de liste. Des communiqués toutes les deux semaines permettent de faire part des dernières nouvelles en matière de recherche, d'occasions de formation et de programmes.
- En 2005, la CAPB a été l'hôte conjoint de la 3e Conférence canadienne sur la prévention des traumatismes et la promotion de la santé qui a eu lieu à Halifax, en Nouvelle-Écosse. Pour la première fois, des chefs de file et des experts nationaux et internationaux en prévention des blessures sont venus dans le Canada atlantique pour apporter des avantages concrets aux praticiens locaux. Il s'agissait également de la conférence canadienne la plus importante jusque là, avec plus de 600 participants.

- La CAPB a commencé à organiser une conférence bisannuelle en 2002. Elle a lieu tour à tour dans chacune des quatre provinces et compte en moyenne 100 participants. Avant la CAPB, il n'existait dans le Canada atlantique aucune conférence sur la prévention des blessures touchant à de multiples enjeux.
- La CAPB s'est avérée être un outil essentiel pour traduire la portée des initiatives provinciales individuelles en prévention des blessures afin qu'elles puissent être mises en œuvre dans toutes les provinces de l'Atlantique. Par exemple, la version sur DVD du programme PARTY (Prevention of Alcohol and Risk Related Trauma in Youth) et les programmes Aucun regret de SAUVE QUI PENSE destinés aux adolescents ont commencé dans deux provinces, et sont désormais mis en œuvre dans les quatre.
- Depuis 2009, la CAPB propose une série d'apprentissages par téléconférence deux à trois fois par an, ainsi que des possibilités de formation en personne concernant des enjeux pertinents relatifs aux blessures. Après la publication du dernier rapport sur le Fardeau économique, une téléconférence a été organisée pour aider les intervenants à comprendre ces données et leurs implications pour leur travail dans le Canada atlantique.
- SécuriJeunes Canada a pris contact avec la CAPB et Child Safety Link afin qu'ils prennent la tête d'un partenariat avec l'Alberta Centre for Injury Control and Research pour rédiger le rapport Child and Youth Unintentional Injury in Atlantic Canada: 10 years in review, en 2009. De plus, la CAPB, Child Safety Link et SécuriJeunes Canada ont été partenaires dans le cadre d'une série d'activités de transfert des connaissances afin de faciliter l'utilisation du rapport par les intervenants.
- Les intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux abordent la CAPB afin qu'elle devienne leur partenaire, particulièrement lors de l'élaboration de politiques publiques saines. La promotion de la législation sur le port du casque protecteur pour les skieurs de tous les âges en est un exemple courant.
- La CAPB a été un chef de file de premier plan en aidant à développer les compétences des leaders et des partenaires provinciaux en matière de communication efficace relative aux



bonnes pratiques. Par exemple, après la publication du rapport *Alcohol and Injury in Atlantic Canada: Creating A Culture of Safer Consumption*, en 2010, la CAPB a travaillé pour aider ses partenaires à mieux comprendre les recommandations politiques et à conjuguer leurs efforts de manière stratégique pour aborder ces questions dans chaque province.

- À l'heure actuelle, la CAPB agit comme catalyseur pour rassembler les experts en surveillance provinciaux afin qu'ils fassent part de leurs défis et des stratégies auxquelles ils ont recours pour améliorer la surveillance relative aux blessures.
- Le nombre de personnes travaillant à la prévention des blessures chez les enfants dans les Maritimes est passé à 7 postes dans CSL à lui seul, et trois des quatre gouvernements provinciaux (sauf l'IPE) ont un poste consacré exclusivement à la prévention des blessures, alors qu'aucun n'existait précédemment.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- Déterminer le besoin pour un organisme régional, par l'entremise soit d'une consultation, soit d'un autre processus.
- Déterminer les membres et, grâce à un processus d'établissement de la vision et du plan stratégique, déterminer le mandat et les objectifs du groupe.
- Créer une équipe centrale de leaders dans la région afin de fournir des conseils au groupe et de l'orienter, et afin de veiller à ce que le travail du groupe soit effectué.
- Solliciter un financement, particulièrement pour obtenir un employé qui assure la gestion du groupe.
- Fournir un leadership grâce au développement des compétences, à la formation et à d'autres avantages proposés aux membres et aux financiers.
- Si un financement soutenu n'est pas en place, démontrer la réussite par l'entremise du groupe, élaborer un dossier d'analyse et demander un financement soutenu au gouvernement, aux entreprises ou aux autres partenaires.
- Documenter votre réussite, y compris les mesures qualitatives et quantitatives.

Leçons apprises :

- La CAPB s'est avérée être un excellent modèle pour le leadership dans les provinces de l'Atlantique qui facilite la collaboration entre le gouvernement et le secteur sans but lucratif. Un organisme virtuel peut accomplir beaucoup de choses. Les membres de l'équipe peuvent échanger des informations et des défis, et avoir recours à l'expérience et aux compétences des autres afin d'aborder le problème des blessures dans leur province.

Obstacles :

- Le cœur du financement de la CAPB découle d'une convention entre les quatre provinces renouvelée chaque année. Il est toujours possible que la CAPB soit touchée par des coupures.

Facilitateurs :

- Des individus dévoués qui sont reconnus et acceptés comme leaders dans le domaine, pour mettre les choses en route.
- Des capitaux d'amorçage pour soutenir le développement et un poste à temps partiel.
- Des gens qui ont une vision de ce qui pourrait être et qui ont la volonté de persévérer avec le processus et le problème à long terme.
- Un financement annuel de la part du gouvernement afin de soutenir les activités et les projets de base.
- Des employés gouvernementaux et non-gouvernementaux qui savent travailler en équipe. Un véritable avantage de l'équipe de leadership de la CAPB est la foule d'informations échangées et la volonté de se soutenir mutuellement dans leurs efforts de prévention des blessures.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Cette approche pourrait bien fonctionner à l'intérieur d'une province ou d'un territoire ou d'un groupe de provinces ou de territoires, si une telle collaboration s'avérait nécessaire.

Références / Renseignements supplémentaires :

- www.acip.ca

Coordonnées :

Jennifer Heatley, directrice générale de la CAPB
jheatley@acip.ca

Déclaration de faits étayant la stratégie :

Un leadership à l'échelle nationale est requis pour établir une orientation et élaborer une vision de l'avenir, développer des stratégies de changement, aligner les individus, inspirer et donner de l'énergie.

SECTION 5

Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes À l'échelle national

Contexte :

Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) a été établi à Santé Canada (aujourd'hui l'Agence de la santé publique du Canada ou ASPC) en 1990. Il a pris comme modèle le Victoria Injury Surveillance System et a été adapté avec la permission des administrateurs de ce système australien. Le SCHIRPT inclut les 11 hôpitaux avec des services des urgences pédiatriques dévoués, ainsi que 4 hôpitaux généraux. Le nombre d'enregistrements dans la base de données a dépassé les 2 millions.

Le SCHIRPT recueille des données sur les cas de blessures et d'empoisonnement qui se présentent au service des urgences. Un formulaire de deux pages est rempli - une page par le parent ou le patient, décrivant les circonstances, l'activité effectuée et l'endroit où s'est produite la blessure, les facteurs qui ont contribué et une description libre de « ce qui s'est passé ». La deuxième page est remplie par le personnel de l'hôpital, qui inscrit les informations sur la nature de la blessure, les parties du corps affectées et la décision qui décrit l'hospitalisation, l'observation prolongée ou le traitement et la sortie. La décision (hospitalisé/non hospitalisé) est utilisée comme indication de la gravité de la blessure.

Le but du SCHIRPT n'est pas de remplacer les données sur les populations; il remplace plutôt les données relatives à la mortalité et aux hospitalisations codées en fonction du CIM. Le système de codage utilisé par le SCHIRPT est unique et très détaillé. Une correspondance peut être établie avec les groupes des codes de causes externes du CIM, mais le codage est beaucoup plus détaillé. En se basant sur la description libre rédigée par les parents ou les patients, le SCHIRPT fournit des informations sur les blessures associées aux sports et aux loisirs, celles associées aux produits de consommation, et celles qui se produisent dans des circonstances difficiles à déterminer au moyen des codes du CIM.

Les informations provenant du SCHIRPT sont disponibles au niveau national et également au niveau local pour les communautés desservies par les hôpitaux participant au SCHIRPT. Les données sont utilisées pour la préparation de rapports plus importants, de rapports brefs sur des enjeux spécifiques et des fiches de renseignement d'une seule page. À l'interne, les données sont utilisées lors de comptes rendus faits à la haute direction et au ministre de la Santé. À l'externe, les données sont utilisées dans des rapports générés par d'autres ministères, des organismes de prévention des blessures, des chercheurs et les médias afin d'illustrer les circonstances des blessures qui permettent de déterminer des interventions efficaces.

Niveau de mise en œuvre :	national
Approche stratégique :	surveillance
Environnement :	les services des urgences dans certains hôpitaux du Canada, y compris tous les services des urgences pédiatriques majeurs
Public ciblé :	décideurs, chercheurs, praticiens en matière de prévention des blessures
Intensité des ressources :	\$\$\$\$

Buts et objectifs :

Fournir des informations utiles sur la manière dont les blessures se produisent. Appuyer les efforts de prévention grâce à l'élaboration de politiques et de programmes.

Évaluation :

- **Recherche** : au moins 70 articles publiés évalués par un comité de lecture concernant le SCHIRPT ou qui ont recours aux données du SCHIRPT; environ 50 de ceux-ci traitent de données nationales, les autres traitent de données provenant d'hôpitaux spécifiques.
- **Données probantes étayant des campagnes de sécurité** : SécuritéJeunes Canada a eu recours aux données du SCHIRPT pour appuyer les thèmes des Semaines SécuritéJeunes depuis 2001, ainsi que des programmes tels que la sécurité à la maison.
- **Évaluation des risques** : le programme de sécurité des produits de Santé Canada a recours aux données du SCHIRPT pour désigner les enjeux émergents et surveiller les tendances.
- **Contexte pour les articles publiés dans les médias** : les journalistes des médias généraux et les rédacteurs de publications pour les parents et sur la santé demandent souvent des renseignements de base provenant du SCHIRPT. En moyenne, le SCHIRPT reçoit une à deux demandes de données par semaine de la part des médias ou des intervenants.
- **Données probantes pour l'élaboration des politiques et des programmes** : parmi quelques exemples, on peut citer la nouvelle Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation adoptée récemment, l'interdiction d'utiliser les marchettes, les nouvelles normes de la CSA relatives aux terrains de jeux (voir l'étude de cas séparée), les nouvelles règles concernant les mises en échec chez les enfants jouant au hockey, les changements aux lois/règlements relatifs aux VTT pour les enfants et les jeunes, le changement en cours des codes du bâtiment afin de contrôler la température maximale de l'eau chaude du robinet.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- Chaque hôpital compte un coordonnateur rémunéré et un médecin directeur non rémunéré.
- Le formulaire de deux pages rempli par le parent ou le patient et le personnel de l'hôpital dans le service des urgences. Les dossiers qui ne sont pas remplis par le parent ou le patient sont souvent remplis de façon rétrospective à partir des renseignements figurant dans les dossiers médicaux.
- Les formulaires sont envoyés à Ottawa une fois par mois et sont codés à un endroit central.
- La base de données électronique nationale est conservée par l'ASPC, qui répond à des demandes de données provenant de toutes les régions du pays.
- Chaque hôpital reçoit des mises à jour électroniques de ses propres données.

Leçons apprises :

- Le SCHIRPT s'est avéré très utile pour la planification d'activités de prévention des blessures, car il contient beaucoup de détails sur les circonstances de la blessure, détails qui ne sont pas accessibles à partir d'autres systèmes qui produisent des rapports sur les blessures. Afin de recueillir, de coder et d'analyser les données jusqu'à un tel niveau de détail, le SCHIRPT est plus exigeant en main-d'œuvre que certains systèmes de surveillance. Les hôpitaux doivent jouer un rôle actif dans la collecte de données et la qualité de celles-ci, et l'ASPC doit posséder des ressources suffisantes pour soutenir les efforts de chaque hôpital. L'augmentation du nombre d'hôpitaux qui participent au réseau du SCHIRPT nécessite des ressources supplémentaires afin de traiter le volume accru de données. Toutefois, on espère qu'il sera possible d'ajouter d'autres hôpitaux ainsi que d'améliorer le processus de collecte des données et d'examiner et de diffuser de façon plus efficace l'analyse obtenue. À l'heure actuelle, la collecte des données est basée sur des formulaires; toutefois, des projets sont en cours pour résoudre certains de ces problèmes dans un avenir proche en modernisant les techniques de saisie des données. Cela devrait permettre d'améliorer l'actualité de la collecte des données et du transfert des connaissances et pourrait également faciliter l'expansion du SCHIRPT.



Obstacles :

- Le système de surveillance et les données qui en résultent ne sont pas basés sur la population, ce qui complique l'estimation des taux.
- La nature de l'échantillonnage des hôpitaux participants se traduit par une sous-estimation des blessures parmi les populations rurales ou éloignées.
- Il n'est pas possible de se fier aux rapports sur les blessures intentionnelles au sein du système, car ils dépendent de l'auto-déclaration du patient ou de la personne qui s'en occupe, qui peut ne pas souhaiter divulguer ses vraies intentions, ainsi que des médecins qui se montrent prudents lors du signalement de blessures intentionnelles avant qu'une enquête complète ait été menée.
- Le codage doit être effectué de façon centralisée afin d'assurer le contrôle de la qualité. Cela entraîne des délais causés par le renvoi des données à des fins de correction et de vérification à l'hôpital qui les a envoyées.
- À l'heure actuelle, les données sont recueillies sur des formulaires imprimés, envoyées par courrier à l'ASPC et saisies dans la base de données nationale, ce qui génère des temps de saisie des données plus longs.

Facilitateurs :

- La présence d'un champion dans l'hôpital est nécessaire pour veiller à ce que le plus grand nombre possible d'enregistrements et de données soit capté. Le coordonnateur doit être une personne respectée qui fait partie intégrante du personnel de l'hôpital. Les hôpitaux locaux doivent produire des rapports ou des feuilles de renseignement basés sur leurs propres données, afin de démontrer l'utilité de la collecte des données à l'ensemble de la communauté et à l'administration de l'hôpital qui soutiennent la participation continue.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Lors de l'organisation d'un système de surveillance, il est important d'obtenir les conseils d'experts qui peuvent aider à développer un système qui utilise les technologies disponibles pour répondre de façon efficace aux besoins en matière de saisie et d'analyse des données. De plus, un système de surveillance moderne doit être conçu pour être durable et inclure des capacités d'expansion intégrées qui permettront de tenir compte de la croissance et des changements inévitables qui se produiront au fil des ans. Il est également essentiel d'avoir recours aux données recueillies pour démontrer l'utilité de disposer de données pour étayer les politiques, la programmation et l'évaluation. Si cela n'est pas fait, les activités de surveillance peuvent perdre leur financement et leur soutien.

Références / Renseignements supplémentaires :

- CHIRPP: Canada's principal injury surveillance program
<http://injuryprevention.bmj.com/content/5/3/208.short>
- Evaluation of the quality of an injury surveillance system
<http://aje.oxfordjournals.org/content/149/6/586.abstract>
- Injury surveillance in paediatric hospitals: The Canadian experience
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2721185
- Youth injury data in the Canadian Hospital Injury Reporting and Prevention Program: do they represent the Canadian experience? www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10728534

Coordonnées :

Child.Injury@hc-sc.gc.ca

Site Web : www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/chirpp/injrep-rapbles/index-eng.php

Déclaration de faits étayant la stratégie :

La collecte et la diffusion de données sont absolument essentielles pour la surveillance et l'évaluation des programmes de prévention des blessures et l'élaboration de politiques et de pratiques.

SECTION 5

Système canadien de surveillance des décès liés à l'eau

À l'échelle nationale

Contexte :

Le Système canadien de surveillance des décès liés à l'eau assure le suivi des noyades et des autres décès liés à l'eau, y compris les décès associés à la navigation, et diffuse l'information dans le cadre d'efforts d'éducation du public. Les bases de données sur les décès liés à l'eau sont gérées et maintenues par la Croix-Rouge canadienne, un organisme sans but lucratif dont la mission, liée à la natation et à la sécurité aquatique, consiste à améliorer la qualité de vie en fournissant les compétences nécessaires pour faire des choix avisés, améliorer sa condition physique, prévenir les blessures et agir lors d'une situation d'urgence ou de sauvetage, et de la Société de sauvetage du Canada, un organisme de bienfaisance national exploité par des bénévoles, qui travaille à éviter les noyades grâce à ses programmes de formation, à l'éducation publique, à la recherche, à la consultation et à la liaison internationale. Le Système canadien de surveillance des décès liés à l'eau est unique au Canada et au monde. La base de données a été créée à la fin des années 1980 et les données sont disponibles à partir de 1987 pour l'Ontario et à partir de 1990 pour le reste du pays.

Les principaux utilisateurs des données sont les organismes de sécurité eux-mêmes, les ministères de tous les niveaux du gouvernement (y compris Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada, Transport Canada, Environnement Canada, la Garde côtière canadienne, etc.), les organismes de formation, les organismes de prévention des blessures, les services de police, les fabricants d'embarcations de plaisance, les décideurs, les médias et le public.

À la fin de 2003, la base de données contenait environ 7 300 enregistrements. Depuis, le nombre d'enregistrements dans la base de données est passé à plus de 8 000. La vérification des données pour les années 2005 à 2008 et leur saisie n'ont pas encore été effectuées. En plus de l'âge, du sexe, de la province et de la nature de la noyade, les facteurs personnels (p. ex., compétences relatives aux embarcations de plaisance, compétences de nageur, taux d'alcool dans le sang), les facteurs liés à l'équipement (p. ex., type d'embarcation, but de l'activité, utilisation d'un gilet de sauvetage) et les facteurs environnementaux (p. ex., vent, température de l'eau, type de plan d'eau, compagnons, type de sauvetage) sont consignés.

Niveau de mise en œuvre : national

Approche stratégique : surveillance

Environnement : tout milieu aquatique où une personne peut se noyer (p. ex., baignoires, piscines, lacs, rivières, océans et industries/exploitations agricoles)

Public ciblé : gouvernements, organismes de formation, organismes de prévention des blessures, services de police, médias, etc.

Intensité des ressources : \$\$\$

Buts et objectifs :

Le système de surveillance fournit une base de connaissances détaillée sur le « problème » de la noyade afin d'orienter la Société de sauvetage, la Croix-Rouge canadienne et d'autres organismes lors de l'élaboration de « solutions » ayant pour but la prévention de noyades.

Le principal objectif de cette source de données est de soutenir les programmes de formation en prévention, les campagnes d'éducation publique et les projets de recherche sur les noyades. La surveillance contribue à la mission de la Croix-Rouge canadienne et de la Société de sauvetage en leur permettant de s'assurer que les programmes, les produits et les services sont construits sur des bases solides composées de principes sains qui peuvent résister aux examens scientifiques ou juridiques rigoureux.

Évaluation :

La base de données comprend tous les dossiers fermés des bureaux des coroners provinciaux et représente la majeure partie des noyades mortelles pour chaque année. Les données ont été utilisées pour identifier les compétences et les connaissances importantes requises pour prévenir les noyades, pour renseigner la politique relative aux embarcations de plaisance concernant le port du VFI, par exemple la promotion du port du gilet de sauvetage par tous les plaisanciers et le passage aux clôtures sur quatre côtés pour les piscines d'arrière-cour, par exemple.

Depuis le début de la collecte des données, au début des années 1980, qui a coïncidé avec une augmentation des messages sur la prévention, le nombre de noyades au Canada a diminué, particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans. L'existence d'un système de surveillance a permis la surveillance des tendances, avec une chute de 54 % du taux de noyades chez les bébés entre 1991-95 et 1996-2000, et une chute de 25 % du taux chez les enfants âgés de un à quatre ans.(1-2). Les rapports sont téléchargés et utilisés par les organismes de prévention des blessures et les gouvernements (p. ex., Transport Canada), et la Croix-Rouge canadienne reçoit entre 15 et 25 demandes d'information par an de la part des médias.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

La Société de sauvetage et la Croix-Rouge canadienne ont recueilli les données auprès des bureaux des coroners provinciaux. Pour chaque décès lié à l'eau, les responsables de la collecte des données compilent les informations sur un questionnaire imprimé de 15 pages comptant 48 questions. Les responsables de la collecte des données sont recrutés, formés et gérés par des chargés de projet dédiés dans chaque province. Les formulaires sont vérifiés par un organisme indépendant et codés par un épidémiologiste qui utilise une classification interne appartenant au logiciel et les codes de l'Organisation mondiale de la Santé. Ces données sont classées conformément aux systèmes de classification CIM 9 et maintenant CIM 10 de l'OMS. La Croix-Rouge canadienne saisit les données vérifiées, corrigées et codées dans le Système canadien de surveillance des décès liés à l'eau en utilisant le logiciel Microsoft Access. La gestion, la vérification et l'analyse sont effectuées par un spécialiste en blessures médicales et un épidémiologiste en santé publique externes.

En générant le rapport national de la Croix-Rouge canadienne, d'autres données provenant de Statistique Canada (y compris les tendances relatives aux populations et les calculs de taux) et de l'Institut canadien d'information sur la santé sont utilisées. La base de données de la Croix-Rouge canadienne s'est concentrée sur des rapports immédiats, mais également sur des rapports cumulatifs afin de reconnaître les circonstances de tous les cas de décès liés à l'eau, non seulement les plus fréquents, mais également les tendances à long terme afin d'évaluer l'impact de la prévention. La Société de sauvetage prend les données recueillies auprès des coroners et les saisit dans sa propre base de données séparée, qui est utilisée pour la production de rapports annuels. Chaque organisme résume les données, les analyse et génère des rapports de façon indépendante, afin de publier des messages sur la promotion et des données conjointement avec ses propres campagnes de sécurité. Un rapport exhaustif intitulé Les noyades et autres traumatismes liés à l'eau au Canada, 1991-2000, a été publié par la Croix-Rouge canadienne en 2006. La Société de sauvetage a publié son rapport le plus récent sur les noyades en 2008.

Des rapports spéciaux sont publiés de temps à autre; ils ont déjà abordé des sujets tels que la navigation et les décès qui s'y



rapportent, les noyades chez les bambins, les décès liés à la navigation de plaisance, et la noyade chez les nageurs. D'autres rapports peuvent être générés sur demande.

Leçons apprises :

Obstacles :

- Les données sont saisies dans la base de données après la fermeture du dossier par le coroner, ce qui peut être entre un et trois ans après le décès; les données peuvent donc être reçues avec un certain retard. (Certaines provinces ferment leurs dossiers plus rapidement que d'autres.)
- Les points forts de la base de données sont le caractère complet, la profondeur et la longévité des données – plus de 20 ans. La faiblesse est le manque d'actualité – spécifiquement, le délai qui se produit entre la fermeture du dossier et la disponibilité des données à des fins de rapport (ce qui peut parfois dépasser 3 ans); il est fréquent que les utilisateurs des données, et particulièrement les médias, ne s'intéressent pas aux données qui remontent à plus de 3 ans.
- Dans certaines provinces, la décision de limiter l'accès aux rapports du coroner nuit à la collecte rapide des données.

Facilitateurs :

- les membres dévoués de la Croix-Rouge canadienne et de la Société de sauvetage qui recueillent les données tous les ans.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Cette approche peut être utilisée et est utilisée pour d'autres types de problèmes (p. ex., Surveillance des blessures dans le secteur agricole au Canada [SBAC]). Des ententes et des protocoles sur l'échange des données doivent être mis en place avec chaque bureau du coroner provincial/territorial. Selon le type de blessure, les questions liées à l'uniformité des définitions doivent être résolues, car chaque province possède son propre système et ses propres définitions. Les efforts sont presque terminés en vue de la création d'une base de données nationale des coroners, qui sera hébergée par Statistique Canada et qui pourrait finir par rendre ce type d'extraction des données moins exigeant en main-d'œuvre, mais qui ne contiendrait pas des données aussi étendues et aussi détaillées que la base de données sur les noyades.

Références / Renseignements supplémentaires :

- Canadian Red Cross. Drownings and Other Water-related Injuries in Canada, 10 Years of Research. 2006.
- Lifesaving Society, the Drowning Report 2008 Edition. www.lifesavingsociety.com/default.asp?PageId=90
- Pour toutes les rapports du Croix Rouge veuillez voir : www.redcross.ca/article.asp?id=17352&tid=024

Coordonnées :

Barbara Byers, Société de sauvetage
BarbaraB@lifeguarding.com
Shelley Dalke, Croix-Rouge canadienne
Shelley.Dalke@redcross.ca

Déclaration de faits étayant la stratégie :

La collecte et la diffusion de données sont absolument essentielles pour la surveillance et l'évaluation des programmes de prévention des blessures et l'élaboration de politiques et de pratiques.

SECTION 5

Rapports sur le fardeau économique des blessures au Canada À l'échelle nationale

Contexte :

En grande mesure, les décideurs et les membres du public n'étaient pas conscients du fardeau économique et humain associé aux blessures évitables, et ce problème de santé extrêmement critique n'était pas abordé de façon proportionnelle au fardeau qu'il cause. Tel qu'indiqué dans Ending Canada's Invisible Epidemic(1), « [traduction] Pour assurer la viabilité du système public de soins de santé du Canada, les décideurs ne peuvent plus se permettre d'ignorer la prévention des blessures; il s'agit de l'un des moyens les plus prometteurs pour réduire considérablement le nombre d'hospitalisations, les temps d'attente et les coûts de soins de santé associés, sans nuire à l'accessibilité et à la qualité des soins que veulent les Canadiens. »

Pour aborder ce manque de sensibilisation à l'importance du problème et des coûts associés aux blessures, SAUVE QUI PENSE a commandé en 1998 au Groupe Hygeia d'Ottawa, en partenariat avec Santé Canada, la Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé et de l'Unité de la santé de Kingston, Frontenac and Lennox & Addington, le rapport intitulé Le Fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada. Des études ultérieures ont été publiées plus tard pour les provinces de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, de l'Alberta, du Manitoba, des provinces atlantiques (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard), de l'Ontario (version révisée) et, finalement, en 2009, une étude nationale révisée, avec des chapitres pour chaque province et couvrant tous les types de blessures.

Buts et objectifs :

En 1997, SAUVE QUI PENSE a décidé que, pour rendre plus visibles les blessures non intentionnelles dans les débats sur les politiques publiques, il était nécessaire d'utiliser dans ses communications un langage universellement compris : celui de l'économie.

Évaluation :

Bien qu'aucune évaluation formelle n'ait fait partie de la rédaction de ces rapports sur le fardeau économique, le suivi de leur utilisation et de leur acceptation a été surveillé. Voici les trois principales utilisations de ces rapports :

- 1) Faire progresser l'élaboration d'une stratégie nationale sur la prévention des blessures (c.-à-d. les données des rapports sur le fardeau économique ont été utilisées dans plusieurs dossiers d'analyse et rapports qui faisaient la recommandation d'une stratégie nationale sur la prévention des blessures; le rapport a

Niveau de mise en œuvre : provincial, national

Approche stratégique : éducation

Environnement : province/pays

Public ciblé : décideurs, praticiens et chercheurs en santé publique

Intensité des ressources : \$-\$\$

également été déposé et reçu lors de témoignages devant le Comité permanent de la santé, le 2 décembre 2010).

- 2) Faire progresser les stratégies provinciales et régionales (p. ex., la Nouvelle-Écosse a lancé l'élaboration de sa stratégie provinciale sur la prévention des blessures en réaction directe à la publication du rapport Le fardeau économique des blessures non intentionnelles dans le Canada atlantique en 2003; de même, après la publication du premier rapport pour l'Ontario, en 1999, le gouvernement a investi 5 millions de dollars sur 5 ans pour l'élaboration d'une stratégie provinciale. Après la publication du rapport révisé pour l'Ontario, en 2006, un document stratégique officiel sur la prévention des blessures a été publié, et la prévention des blessures est devenue intégrée aux normes obligatoires relatives à la santé publique en 2008).
- 3) Sensibiliser le public à l'enjeu présenté par les blessures par l'entremise d'une couverture médiatique importante, particulièrement du rapport national révisé le plus récent. SAUVE QUI PENSE a envoyé un communiqué de presse à tous les médias sur Canada Newswire et un communiqué à l'avance aux partenaires provinciaux la semaine précédente. Les chiffres relatifs à la circulation ne sont pas publiés pour tous les médias, particulièrement les sources Internet. Si l'on compte seulement ceux qui publient des chiffres, la couverture du rapport sur le fardeau a touché plus de 3 millions de Canadiens. Parmi les points saillants de la couverture, on peut citer un article de fond dans The Globe and Mail; deux longs articles dans le New Brunswick Telegraph-Journal, y compris un sur la première page, et des articles approfondis dans le Waterloo Region Record et le Nova Scotia Chronicle Herald; des entrevues auprès de huit stations de radio, y compris CFRB à Toronto, l'émission Here and Now de CBC Radio 1 et un reportage de huit minutes sur la chaîne Radio Canada International; une brève séquence à l'émission The National de CBC TV dans le cadre d'un rapport sur la grippe H1N1 et d'autres menaces pour la santé publique; une couverture étendue sur des sites d'actualité sur Internet après la transmission par le service All Headline News service; et une couverture dans des publications telles que le Canadian Health Reference Guide et le bulletin d'information Injury Control Alberta.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- Une analyse de la méthodologie d'établissement des prix des services de santé a été effectuée et la décision a été prise d'avoir recours à une approche d'établissement des prix axée sur l'incidence et le capital humain. Autrement dit, le coût a été établi pour la population des résidents canadiens blessés en 2004 pour toute la vie des individus blessés.
- Un outil appelé ERAT (Electronic Resource Allocation Tool ou outil électronique d'allocation des ressources) a été développé afin de formuler les coûts à vie par blessure. L'outil fournit un cadre de classification et d'établissement des prix basé sur les données provinciales disponibles sur les blessures et les données disponibles dans les rapports sur l'établissement des coûts des blessures. Cet outil est flexible : autrement dit, il peut être adapté au fur et à mesure que de nouveaux outils deviennent disponibles et en fonction des changements de la population, de l'incidence des blessures et des tendances et des coûts relatifs au traitement. Le développement initial de l'outil ERAT pour un territoire spécifique, un ensemble de catégories de blessures et une répartition en fonction de l'âge et du sexe coûte environ 100 000 \$. Une analyse ultérieure effectuée au moyen de l'outil, dans le même territoire ou un territoire apparenté de près, peut être effectuée pour environ 15 000 \$, pourvu qu'aucun nouveau coefficient ne soit requis.
- Des données relatives à la séparation des hôpitaux ont été obtenues auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé et des données sur la mortalité ont été obtenues auprès de Santé Canada.
- Le rapport initial a non seulement dressé le profil du fardeau des blessures non intentionnelles pour chaque groupe d'âge, mais a également fourni les économies de coût si une réduction de 20 % était réalisée dans le cadre de plusieurs scénarios spécifiques de prévention des blessures.
- Les rapports provinciaux et régionaux ultérieurs ont suivi la même méthodologie.



Leçons apprises :

- La détermination de qui prendra la tête du projet, c.-à-d. le gouvernement ou un organisme autre que le gouvernement, peut affecter les échéanciers requis pour le développement (p. ex., accès aux données) et les niveaux d'approbation requis pour la sortie.

Obstacles :

- En plus des questions habituelles entourant la propriété des données et l'accès à celles-ci, le fait que le Canada est une fédération ajoute des défis supplémentaires liés à la juridiction, de multiples propriétaires de données ayant un impact sur la rapidité de l'accès et la nécessité de négocier individuellement avec les propriétaires des données.

Facilitateurs :

- Le recours à la même méthodologie permet de comparer les rapports.
- Le rapport national le plus récent a été financé par une coalition des 16 ONG et ministères de l'ensemble du pays, qui a à son tour servi de comité consultatif assurant la supervision du projet et contribuant à la diffusion et à la traduction de ses résultats. L'implication de partenaires dans chaque province/région a permis de solidifier ce réseau.
- La crédibilité des blessures comme problème de santé publique important a été améliorée grâce à la disponibilité des données sur le fardeau économique.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Une formation sur la méthodologie/l'outil tend à augmenter le niveau de confort et diminue la dépendance sur l'organisme central en matière de soutien relatif à son utilisation. Le point de vue pour les études sur le coût des maladies influe sur le barème des coûts à inclure. L'approche utilisée pour ces rapports avait une perspective sociétale. Par exemple, selon une perspective sociétale, les paiements de transfert comme le Régime de pension du Canada (RPC), les prestations d'invalidité et l'aide sociale ne sont pas considérés comme des coûts, car il s'agit d'une réaffectation des ressources et l'effet net du transfert sur la société est nul. D'autres soutiennent que les transferts personnels doivent être inclus en tant que coûts, puisqu'en l'absence de maladie, les paiements de transfert pourraient servir à d'autres fins, comme la réduction du déficit. Il faut noter que si cette étude était

effectuée selon la perspective du gouvernement fédéral, les paiements de transfert seraient considérés comme un coût. De même, d'autres perspectives peuvent être adoptées, par exemple celle du patient, de l'assureur ou même du chirurgien traumatologique, chacune ayant un impact sur ce qui peut être considéré comme un coût.

- Des données détaillées sur les blessures sont disponibles pour les décès, les cas d'hospitalisation et les personnes traitées dans le service d'urgence/de patients externes. Les blessures qui ne sont pas traitées à l'hôpital ne sont ni saisies, ni déclarées par l'entremise d'un organisme central. De plus, il existe une importante lacune relative aux données pour les blessures nécessitant une hospitalisation pour lesquels des soins continus sont requis hors de l'hôpital, soit pendant une courte période, soit pendant une plus longue période en raison d'une invalidité permanente.
- Dans l'ensemble, les lacunes dans les données indiquent deux défis clés pour l'analyse :
 - l'estimation du type, du nombre et du coût des blessures ne nécessitant pas une hospitalisation.
 - le développement de l'épisode de soins complet, de la pré-hospitalisation aux soins continus hors de l'hôpital et aux coûts associés aux blessures nécessitant une hospitalisation qui entraînent une invalidité de courte ou de longue durée.
- La stratégie d'analyse utilisée pour aborder ces problèmes méthodologiques a impliqué une recherche exhaustive dans les ouvrages scientifiques afin de trouver des chiffres et des ratios pouvant être utilisés pour combler les écarts. Après leur obtention, l'épisode complet lié à la blessure a été évalué afin d'inclure des estimations des cas d'invalidité permanente et ne nécessitant pas une hospitalisation, ainsi que de la taille et de la répartition de la population. Après correction, l'outil calcule le coût total ainsi que le coût pour chaque type de blessure. L'outil-ressource a été conçu pour permettre une mise à jour constante des informations courantes sur les blessures et les coûts, bien qu'il soit préférable que ces mises à jour soient effectuées par un économiste qui connaît bien les données sur la santé dans le territoire pertinent.

Références / Renseignements supplémentaires :

- SAUVE QUI PENSE Ending Canada's Invisible Epidemic, A Strategy for Injury Prevention. Toronto, Ontario, 2005.

Coordonnées :

Phil Groff, PDG de SAUVE QUI PENSE, pgroff@smartrisk.ca
Site Web donnant accès aux rapports :
www.smartrisk.ca/index.php/burden

Déclaration de faits étayant la stratégie :

La collecte et la diffusion des données sont d'une importance vitale pour la surveillance et l'évaluation de programmes de prévention des blessures, l'élaboration de politiques et la pratique.

SECTION 5

Provincial Injury Prevention Strategy Nouvelle-Écosse

Contexte :

La *Nova Scotia Injury Prevention Strategy* a été lancée en 2004 comme plan permettant de maximiser la capacité des partenaires en matière de prévention à travailler ensemble pour s'attaquer à la prévention des blessures comme enjeu relatif à la santé publique. La Stratégie a été élaborée lors d'un processus de consultation avec les intervenants. Un financement a été fourni pour le renforcement des capacités (programmation, initiatives communautaires, recherche et surveillance, défense de la cause, infrastructure, etc.) en matière de prévention des blessures dans toute la province.

Trois grandes priorités, basées sur la surveillance, la recherche et la consultation, ont été fixées dans le cadre de la Stratégie dans le but de guider la planification en matière de prévention des blessures et l'affectation des ressources, à savoir les chutes chez les personnes âgées, la sécurité routière et le suicide ou les tentatives de suicide. Les populations prioritaires sont les enfants et les jeunes, les Néo-Écossais plus âgés et les autres populations qui présentent un risque plus élevé de subir une blessure. La Stratégie a été renouvelée en 2009, après un long processus de consultation. L'intégration, le développement du leadership et des compétences, la surveillance, la recherche et l'évaluation et la défense des intérêts sont les orientations stratégiques de la Stratégie renouvelée. La collaboration, qui était un thème central de la stratégie initiale, l'est toujours dans la Stratégie renouvelée.

La Stratégie est également axée sur le soutien de la vision plus large visant à obtenir des communautés en santé, des liens étant créés entre la prévention des blessures et :

- la prévention des maladies chroniques,
- la promotion de la santé mentale,
- la promotion de l'activité physique,
- la promotion de solutions de rechange sûres et durables en matière de transport,
- la réduction de la toxicomanie et
- les écarts en matière de santé.

Buts et objectifs :

Vision : que tous les Néo-Écossais travaillent ensemble pour créer des communautés saines et sécuritaires.

But : la stratégie constitue un guide intégré et exhaustif pour les efforts collectifs visant à créer des communautés en santé et à réduire les blessures de ce fait.

Niveau de mise en œuvre :	local, régional et provincial
Approche stratégique :	leadership
Environnement :	écoles, lieux de travail, résidences, communautés, routes et rues, établissements de soins de santé, lieux de récréation et de loisirs
Public ciblé :	décideurs, praticiens en prévention des blessures, tous les Néo-Écossais
Intensité des ressources :	\$\$\$\$

Mesures à court terme :

- Une augmentation de la collaboration et des liens entre les secteurs et à l'intérieur des secteurs.
- Un meilleur leadership et de meilleures capacités aux niveaux provinciaux et locaux.
- Une utilisation accrue des données probantes dans le cadre de politiques et de programmes.
- Une augmentation de la coopération et de la collaboration entre les intervenants en prévention des blessures.
- L'intégration des efforts avec ceux d'autres initiatives afin d'aborder les causes fondamentales des blessures.

Mesures à moyen terme :

- Une intégration accrue des efforts entre les secteurs, les environnements, les populations et les enjeux.
- Une utilisation accrue des politiques publiques saines pour réduire les blessures aux niveaux provincial, local et organisationnel.
- Des systèmes plus solides permettant de surveiller les écarts relatifs aux blessures.
- Des systèmes plus solides permettant de surveiller les causes fondamentales des blessures.

Mesures à long terme :

- Une réduction du nombre et de la gravité des blessures.
- Une réduction de l'invalidité des suites d'une blessure.
- Un risque de blessure moindre chez les Néo-Écossais.
- Une réduction des impacts sociaux et économiques des blessures.

Évaluation :

Grâce à la stratégie :

- Le ministère de Promotion et de protection de la santé a investi plus de 6,5 millions de dollars dans la stratégie entre 2004 et 2011.

- De nouvelles initiatives de prévention des blessures ont vu le jour au sein du gouvernement et au niveau communautaire, y compris :

- Des programmes et des services de prévention des chutes chez les personnes âgées.
- Des programmes et des services relatifs aux sièges d'auto au niveau communautaire.
- Des initiatives de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale.
- Des études et des programmes sur la sécurité liée au port du casque (activités sur roues, sports d'hiver, etc.).
- Des projets de surveillance.

- Le développement de nouveaux organismes et partenariats qui se consacrent à la réduction des blessures, y compris :

- L'initiative *Preventing Falls Together*.
- L'initiative *Communities Addressing Suicide Together*.
- Une version unique du programme PARTY.
- L'implication de partenaires non traditionnels dans la prévention des blessures (p. ex., sports et loisirs, prévention de la toxicomanie, santé mentale, etc.).

- L'élaboration d'une série de sous-stratégies et de mesures dans les domaines de la prévention des chutes chez les personnes âgées, le suicide et la sécurité routière.
- Des améliorations ont été observées relativement à l'infrastructure de prévention des blessures, au leadership et à la défense de la cause, y compris :

- Un financement de base pour plusieurs organismes partenaires communautaires.
- La création d'organismes provinciaux de coordination et de collaboration (comité intersectoriel provincial sur la prévention de chutes, comité directeur sur un cadre stratégique permettant d'aborder les suicides, comité stratégique sur la sécurité liée aux sièges d'auto).



- la création *Injury Free Nova Scotia*, un organisme composé d'intervenants en prévention des blessures qui se consacre à la défense de la cause de la prévention des blessures.
- De nouvelles lois et politiques ont été adoptées, y compris :
 - Des lois améliorées sur l'utilisation du siège d'auto et du siège d'appoint.
 - Une loi sur le port du casque pour le cyclisme, la planche à roulettes, les scooters, le patin à roulettes et le patin à roues alignées, s'adressant à tous les âges.
 - Des politiques provinciales et locales appuyant la prévention des chutes chez les personnes âgées.
 - Des améliorations aux politiques sur le port du casque volontaire pour les sports d'hiver, en collaboration avec l'industrie.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- Les données sur les blessures provenant de la Nouvelle-Écosse ont été analysées afin de trouver les causes clés des blessures et des décès pour différents groupes d'âge.
- Des examens de la documentation ont été effectués afin de trouver les pratiques fondées sur les faits utilisées pour aborder ces types de blessures.
- Les intervenants ont été désignés et invités à participer à un processus de consultation.
- Des réunions de consultation ont été tenues. Lors de ces réunions, les données sur les blessures et les pratiques fondées sur les faits ont été présentées, et un processus a eu lieu afin de définir les domaines prioritaires et les approches clés.
- Un document stratégique a été rédigé et diffusé à grande échelle.
- Un financement a été alloué aux partenaires communautaires clés afin qu'ils travaillent aux priorités (enjeux, populations et environnements prioritaires). Le renforcement des capacités a également été un aspect clé grâce aux séances de formation (p. ex., le Curriculum Canadien de prévention des blessures [CCPB] et le Curriculum canadien de prévention des chutes [CCPC]), aux ateliers, aux conférences et au développement de communautés de pratique.

- La stratégie initiale et la stratégie renouvelée continuent de guider les efforts du gouvernement provincial et de ses partenaires et intervenants afin de réduire les blessures et créer des communautés en santé.

Leçons apprises :

- La nécessité d'améliorer le transfert et la diffusion des connaissances a été reconnue et a été abordée par l'entremise de plusieurs activités.
- Une stratégie est essentielle pour rester clairement axé sur les questions prioritaires.
- Il est avantageux d'intégrer la prévention des blessures à une stratégie plus large visant à créer des communautés en santé grâce à des politiques publiques saines et à la création d'environnements favorables.

Obstacles :

- Les périodes de réductions budgétaires peuvent avoir des conséquences sur le niveau de financement disponible.

Facilitateurs :

- Un leadership central fort, pour les politiques publiques saines et les environnements favorables.
- Des soutiens financiers aux organismes communautaires, afin qu'ils puissent fournir des programmes et des services et participer à des efforts de défense de la cause.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- Cette approche a été très bénéfique pour la Nouvelle-Écosse et est facilement adaptable à d'autres territoires. Le fait d'avoir une stratégie sur la prévention des blessures en Nouvelle-Écosse a permis de mettre en place une approche stable et à long terme de la prévention des blessures et la rend moins vulnérable au climat politique. Pour les territoires qui cherchent à élaborer une stratégie de prévention des blessures, les intervenants de la Nouvelle-Écosse ont trouvé essentiels les deux aspects suivants :

- 1) Si vous n'avez pas déjà de champion au sein de la bureaucratie de votre gouvernement, les intervenants doivent en trouver un en veillant à avoir un accès opportun aux données clés sur les blessures et les bonnes pratiques.

- 2) Une fois le champion en place, il est essentiel que les bureaucrates du gouvernement et les intervenants communautaires travaillent ensemble afin de présenter une vision collective et des priorités stratégiques, auxquelles ils peuvent ensuite avoir recours pour obtenir le financement nécessaire pour développer la stratégie.

Contact information:

Julian Young, ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse julian.young@gov.ns.ca

Déclaration de faits étayant la stratégie :

Un leadership à l'échelle nationale est requis pour établir une orientation et présenter une vision de l'avenir, élaborer des stratégies de changement, aligner les individus, inspirer et donner de l'énergie.

SECTION 5

Semaine SécuriJeunes 2001 – Prévention des brûlures et des échaudures chez les jeunes enfants À l'échelle nationale

Contexte :

SécuriJeunes Canada est le programme national de prévention des blessures de l'Hospital for Sick Children, Toronto. Notre vision : réduire le nombre de blessures. Des enfants en meilleure santé. Un Canada plus sécuritaire. Toutes les années, depuis 1995, notre commanditaire, Johnson & Johnson, et SécuriJeunes ont uni leurs forces pour organiser une campagne nationale majeure appelée Semaine SécuriJeunes. La campagne Semaine SécuriJeunes sensibilise le public à un type particulier de blessure, et l'informe des stratégies de prévention. Une question de sécurité différente est choisie comme thème central chaque année. Les thèmes sont choisis en se basant sur les principales causes de décès et d'hospitalisations chez les enfants causés par des blessures accidentelles. En 2001, la Semaine SécuriJeunes a choisi comme thème la prévention des brûlures et des échaudures chez les jeunes enfants, qui sont graves et peuvent mettre la vie en danger, même si les nombres ne sont pas élevés en eux-mêmes.

Pendant la Semaine SécuriJeunes 2001 (du 28 mai au 3 juin), des renseignements sur la sécurité en matière de brûlures ont été diffusés aux enfants par l'entremise des médias et des commerces de détail, ainsi que des partenaires communautaires. La campagne dans les médias comprenait des histoires présentées à la télévision, à la radio et dans les médias imprimés. Environ 5 000 commerces de détail contenaient des présentoirs bien visibles, des livrets d'information disponibles au point de vente et des cartes thermomètre gratuites permettant de vérifier la température de l'eau chaude. Des affiches, des circulaires et un guide expliquant comment augmenter la sensibilisation du public et des médias ont été distribués aux partenaires communautaires. Des cartes de test de la température de l'eau chaude ont été proposées aux partenaires au coût.

Tous les trois composants (médias, commerces de détail et partenaires communautaires) présentaient les quatre messages clés : 1) Abaissez la température de l'eau chaude; l'eau chaude sortant du robinet pourrait brûler votre enfant! 2) Assurez-vous que votre enfant est en sécurité dans la cuisine. 3) Gardez les boissons chaudes hors de portée des enfants. 4) Vérifiez régulièrement vos détecteurs de fumée.

Niveau de mise en œuvre : local et national

Approche stratégique : éducation

Environnement : à domicile

Public ciblé : parents d'enfants de moins de neuf ans

Intensité des ressources : \$\$\$\$

Buts et objectifs :

L'objectif consistait à assurer la coordination d'une campagne nationale de sensibilisation dans les médias afin d'attirer l'attention du public sur la question des brûlures et des échaudures et de fournir des messages d'éducation publique.

SécuriJeunes Canada visait à fournir un soutien aux campagnes communautaires par l'entremise de documents éducatifs téléchargeables et de subventions pour aider les organismes menant des campagnes locales sur le thème choisi dans le cadre de la Semaine SécuriJeunes 2001.

Évaluation :

- La campagne dans les médias organisée en 2001 a généré 35 millions d'impressions payées dans les médias.
- Environ 5 000 commerces de détail contenaient des présentoirs bien visibles, des livrets d'information disponibles au point de vente (1 million) et des cartes thermomètre gratuites (500 000) permettant de vérifier la température de l'eau chaude.
- La Semaine a pu compter comme partenaires 348 communautés.
- L'impact de la Semaine a été évalué lors d'un sondage téléphonique avec des numéros aléatoires composés manuellement, mené entre trois et cinq semaines après la campagne. (Vous trouverez ci-dessous la référence pour cette étude.) Le but consistait à recueillir des informations sur les connaissances et le comportement des parents relativement aux brûlures et aux échaudures. Les parents ou les tuteurs d'enfants de moins de neuf ans étaient inclus. L'exposition à la Semaine SécuriJeunes était définie comme « le fait d'avoir vu, entendu ou lu quoi que ce soit concernant la prévention des brûlures et des échaudures entre le 28 mai et le 3 juin 2001 ». Des données détaillées provenant de deux groupes de parents, ceux « qui ont été exposés » et ceux « qui n'ont pas été exposés » à la campagne de la Semaine SécuriJeunes, ont été recueillies par téléphone lors d'entrevues effectuées par des intervieweurs formés au moyen d'un questionnaire normalisé.

• En voici les résultats :

- Quatorze pour cent des parents d'enfants de moins de neuf ans se souvenaient d'avoir vu, entendu ou lu quelque chose concernant la prévention des brûlures et des échaudures entre le 28 mai et le 3 juin.
- Les parents exposés à la Semaine SécuriJeunes avaient entre 1,5 et 5 fois plus de chances d'être au courant des messages clés de la campagne, par rapport aux parents qui n'y ont pas été exposés.
- Les parents exposés avaient également entre 2 et 3 fois plus de chances de tester la température de l'eau chaude et de l'abaisser, par rapport aux parents qui n'ont pas été exposés.
- Tous les parents interrogés lors du sondage ont déclaré posséder au moins un détecteur de fumée et qu'ils en changeaient les piles une fois par an. Toutefois, le tiers seulement en vérifiait le fonctionnement une fois par mois.

Étapes/mesures clés de l'intervention :

- Le thème de la Semaine SécuriJeunes pour l'année est annoncé et les partenaires communautaires s'inscrivent sur le site Web de SécuriJeunes Canada afin de recevoir des informations, des nouvelles et des documents. Si des subventions sont disponibles pendant cette année-là, les partenaires présentent leur demande par l'entremise du site Web.
- Les partenaires communautaires réunissent leurs propres partenaires afin de mener des séances d'éducation ou des tempêtes médiatiques, de préconiser des changements aux lois (le cas échéant), de distribuer des dispositifs de sécurité ou de participer à d'autres activités appropriées en fonction du thème.
- Chaque groupe communautaire évalue l'impact de ses propres activités.
- L'engagement des médias à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et locale est effectué.



Leçons apprises :

- Un organisme national, travaillant par l'entremise de partenariats avec des groupes communautaires, est un moyen efficace pour procéder à des campagnes de sensibilisation majeures aux niveaux local et national. Une commandite d'entreprise permet d'augmenter la portée de la campagne et fournit le financement nécessaire à son activation

Obstacles :

- Le fait de s'assurer que les partenaires potentiels entendent parler de la semaine et s'inscrivent constitue un problème de communication continu.
- Avec une économie en repli, les commandites d'entreprise de ce niveau deviennent de plus en plus difficiles à obtenir.

Facilitateurs :

- Relation à long terme avec un commanditaire; groupes locaux enthousiastes; subventions accordées par la communauté; efforts de relations publiques; coordination centrale assurée par SécuritéJeunes Canada.

Conseils à d'autres/ questions relatives à la transférabilité :

- La Semaine SécuritéJeunes est facile à appliquer et à personnaliser dans n'importe quelle communauté.
- *Un commentaire au sujet des efforts de défense des intérêts relatifs à la prévention des échaudures causées par l'eau chaude* : le composant d'ingénierie et d'application qui vient compléter les activités d'éducation de la Semaine SécuritéJeunes nécessite que SécuritéJeunes Canada prenne la tête d'un effort national visant à changer les codes du bâtiment, afin que les nouveaux chauffe-eau soient préréglés à une température sécuritaire avant l'installation. Différents groupes dans le secteur se sont opposés fortement à cette initiative, car certains estiment qu'il existe des risques pour la santé si l'eau est réglée à cette température plus basse, tandis que d'autres affirment que les changements sont trop coûteux pour les consommateurs. Le changement des codes du bâtiment et de la plomberie est un processus de longue haleine, qui nécessite l'implication d'intervenants de plusieurs secteurs (p. ex., construction, chauffage, experts en prévention des blessures, spécialistes en maladies infectieuses et autres dans la communauté médicale, en plus des gouvernements). L'implication d'organismes qui partagent cette perspective et qui se concentrent sur d'autres populations (p. ex., les personnes

âgées et les diabétiques) qui présentent un risque plus élevé d'échaudures causées par l'eau chaude et qui bénéficieraient des changements proposés serait utile. Des ressources importantes sont requises afin d'investir le temps nécessaire pour assister à des réunions, effectuer des recherches sur le contexte et des études continues, ainsi que pour impliquer ce groupe d'intervenants plus large. Le travail continue!

Références / Renseignements supplémentaires :

- Becker L, Cartotto R. The gas fireplace: a new burn hazard in the home. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*. 1999; 20(1/1):86-89.
- Erdmann TC, Feldman KW, Rivara FP, Heimbach DM, Wall HA. Tap water burn prevention: the effect of legislation. *Pediatrics*. 1991;88(3):572-577.
- Health Canada. Children's sleepwear: flammability requirement guidelines. 2008: Ottawa.
- Macarthur, C. Evaluation of Safe Kids Week 2001: prevention of scald and burn injuries in young children. *Injury Prevention* 2003; 9: 112-116.

Voir également en relation avec la prévention des brûlures :

- Runyan CW, Bangdiwala SI, Linzer MA, Sacks JJ, Butts J. Risk factors for fatal residential fires. *New England Journal of Medicine*. 1992;327(12):859-863.
- Smith LE, Greene MA, Singh HA. Study of the effectiveness of the US safety standard for child resistant cigarette lighters. *Injury Prevention*. 2002;8(3):192-196.
- Ytterstad B, Sogaard AJ. The Harstad injury prevention study: prevention of burns in small children by a community-based intervention. *Burns*. 1995;21(4):259-266.

Coordonnées :

SécuritéJeunes Canada [416-813-7288](tel:416-813-7288) ou safekids.web@sickkids.ca

Déclaration de faits étayant la stratégie :

Un leadership à l'échelle nationale est requis pour établir une orientation et élaborer une vision de l'avenir, élaborer des stratégies de changement, aligner les individus, inspirer et donner de l'énergie.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier l'équipe qui a mis au point le guide européen – Morag MacKay, Joanne Vincenten, Mariana Brussoni et Elizabeth Towner. Merci à Morag MacKay pour sa mise à jour 2011 de la section des Tableaux « coup d'œil »

Nous remercions sincèrement l'équipe qui a adapté le guide européen pour créer l'édition canadienne.

Un groupe consultatif d'experts composé d'experts en prévention des blessures provenant de partout au pays a fourni ses conseils tout au long du processus. Voici les membres de ce groupe :

- Noreen Agrey, Saskatchewan Prevention Institute
- Kathy Belton, Alberta Centre for Injury Control & Research, School of Public Health, Université de l'Alberta
- Mariana Brussoni, BC Injury Research & Prevention Unit, Université de la Colombie-Britannique
- Phil Groff, SAUVE QUI PENSE
- Alison Macpherson, School of Kinesiology and Health Science, Université York
- Barbara A. Morrongiello, Psychology Dept., Université de Guelph
- Sandra Newton, IWK Child Safety Link
- Ian Pike, BC Injury Prevention Research Unit, Child and Family Research Institute et Université de la Colombie-Britannique
- Natalie L. Yanchar, Université Dalhousie, IWK Trauma Care & Injury Free Nova Scotia
- Julian B. Young, Healthy Communities Unit, ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse.

L'équipe de SécuritéJeunes Canada a fourni une direction en matière de contenu, de production et de gestion au projet dans le cadre de la création de l'édition canadienne. Nous souhaitons remercier toute l'équipe pour ses contributions et son dévouement :

- | | | |
|-------------------|----------------------------|------------------|
| • Denyse Boxell | • Sheela Iyer | • Lisa Okun |
| • Whitney D'Sa | • Claudia Jinich-Aronowitz | • Laveena Sethia |
| • Pamela Fuselli | • Fareena Khan | • Amy Wanounou |
| • Kristen Gane | • Diana Kola | • Linda Ward |
| • Elaine Gergolas | • Lisa Lipkin | |

De plus, nous remercions sincèrement Sally Lockhart de Spectrum Solutions qui a assuré la coordination et la rédaction des cas de bonnes pratiques pour l'édition canadienne. Nous apprécions également le travail effectué par les équipes de recherche du monde entier relativement à la synthèse des études existantes sur la sécurité des enfants, dont nous avons fortement tiré parti pour la production de ce document.

Pour terminer, nous remercions l'Agence de santé publique du Canada qui a fourni le financement qui nous a permis de concrétiser cette ressource.



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



Le besoin de savoir ce qui fonctionne devient de plus en plus important pour ceux qui travaillent à réduire le fardeau imposé par les blessures accidentelles chez les enfants canadiens. L'utilisation à bon escient des faits est essentielle à la réalisation de cet objectif, et le fait de « savoir ce qui fonctionne » est au cœur de l'élaboration de bonnes politiques et de bons programmes.

L'édition canadienne du Guide des bonnes pratiques relatives à la sécurité des enfants constitue le premier document exhaustif majeur au pays sur lequel les décideurs, les praticiens et les législateurs peuvent baser leurs travaux et leurs recommandations. Elle permettra aux praticiens canadiens en matière de prévention des blessures d'examiner les options stratégiques des Canadiens relatives aux blessures accidentelles chez les enfants, de s'éloigner de « ce qui a toujours été fait » et de passer à de bons investissements, à savoir des stratégies qui fonctionnent ou qui ont le plus de chances de réussir. Ces stratégies sont mises en évidence dans des tableaux « coup d'œil » qui fournissent des déclarations de faits accompagnées de référence et des points de transfert et de mise en œuvre des stratégies. Classés selon la catégorie de blessure et les trois éléments de la prévention des blessures (ingénierie, application et éducation), les tableaux permettent aux lecteurs de repérer rapidement les bonnes pratiques fondées sur les faits et les meilleurs investissements qui auront un impact sur les blessures chez les enfants. Ainsi, le guide sert également d'outil de sensibilisation aux stratégies/interventions fondées sur les faits et de communication de celles-ci. Il fournit également des conseils concrets sur la manière d'utiliser les bonnes pratiques lors de la planification de stratégies et de mesures relatives à la prévention des blessures accidentelles et à la promotion de la sécurité, et souligne l'importance de prendre le temps de tenir compte des questions de transfert avant la sélection finale des stratégies. De plus, lorsqu'ils sont disponibles, des exemples de réussites « dans le vrai monde » dans au moins un environnement canadien sont fournis en guise d'outils d'apprentissage pour ceux qui envisagent l'acceptation, le transfert et la mise en œuvre de stratégies/d'interventions choisies.

SickKids
THE HOSPITAL FOR
SICK CHILDREN

EUROPEAN
child
SAFETY ALLIANCE

La production du Bulletin a été rendue possible grâce au soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue exprimés dans le Bulletin ne sont pas nécessairement représentatifs de ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.