INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
CENTRE DE DOCUMENTATION
MONTRÉAL

Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants

Août 2001

HV
675.72
P944
2001

INSPQ - Montréal
3 5567 00010 6994

Une réalisation de l'unité Écologie humaine et sociale, Direction de la santé publique de Montréal-Centre en collaboration avec la Direction de la santé publique de Lanaudière et la Direction de la santé publique des Laurentides
Hôpital Maisonneuve-Rosemont (mandataire)

Soutien financier
La production du présent document a été rendue possible grâce à une contribution financière du Programme d'action communautaire pour les enfants, Santé Canada, en accord avec la province de Québec.

Comité de rédaction
Dans le cadre de ce projet de guide, les membres du comité de rédaction sont :

➢ Claude Bégin, M.Sc., D.E.Sp. (co-rédacteur)
Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière

➢ Hélène Bélanger-Bonneau, M.D., M.Sc., M.P.H. (responsable du comité et co-rédactrice)
Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre

➢ Brigitte Durand, B.Sc. (co-rédactrice)
Direction de la santé publique, RRSSS des Laurentides

➢ André Rannou, M.Sc. (recherchiste et co-rédacteur)
Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre

Note aux lecteurs

- Les points de vue exprimés dans ce guide sont uniquement ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada ou du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

- Pour alléger la lecture du texte, nous avons retenu la forme masculine non marquée qui désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Direction de la Santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2001)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 3e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN :2-89494-312-1

MOT DU DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les blessures non intentionnelles survenant chez les enfants constituent un problème de santé important en termes de mortalité et de morbidité. Au Québec, elles représentent un peu plus que cent décès par année dans le groupe d'âge des 0-14 ans.

La prévention des blessures utilise un ensemble de stratégies permettant de prévenir l'événement ou d'en atténuer les conséquences lorsqu'il survient. Ces stratégies s'inscrivent dans un continuum allant des mesures passives aux mesures actives.

L'éducation joue un rôle dans le cadre d'une stratégie globale et les intervenants de première ligne auprès des familles peuvent exercer une influence dans la prévention des blessures chez les enfants .

Beaucoup de renseignements sont disponibles sur la sécurité mais ceux-ci ne sont pas colligés de façon organisée et facilement accessibles aux intervenants. Ce guide veut répondre aux besoins de ceux-ci en présentant entre autres des mesures de prévention dont l'efficacité est démontrée.

A titre de fiduciaire et de membre de l'exécutif du Conseil des directeurs, il me fait plaisir de vous inviter à consulter et à utiliser ce guide dans le cadre de vos activités auprès des familles.



Richard Lessard, M. D.

Table des matières

MOT DU DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE III

LISTE DES ENCADRÉS VII

LISTE DES TABLEAUX VIII

LISTE DES FIGURES IX

REMERCIEMENTS XI

INTRODUCTION 1

1. PRÉSENTATION DU GUIDE 5

1.1 Structure 5
1.1.1 Blessures par lieu d'événement 5
1.1.2 Index 8
1.1.3 Dépliants sur les différentes mesures préventives 8

1.2 Mode d'emploi 9
1.2.1 Comment en tirer profit ? 9
1.2.2 Légende 10

2. CONTEXTE : DES CONCEPTS AU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT 11

2.1 Concepts généraux 11
2.1.1 Prévention des accidents et prévention des blessures 11
2.1.2 Sécurité et promotion de la sécurité 17

2.2 Définitions 18
2.2.1 Mesures de prévention efficaces 19
2.2.2 Mesures de prévention non évaluées 20

2.3 Rôle des professionnels - « counselling » et visites à domicile 21

2.4 Développement de l'enfant et prévention des blessures 25
2.4.1 0-6 mois 26
2.4.2 6-12 mois 27
2.4.3 1-2 ans 27
2.4.4 3-5 ans 27
2.4.5 6-9 ans 28
2.4.6 10-14 ans 29

3. BLESSURES SELON LE LIEU DE SURVENUE DE L'ÉVÉNEMENT 47

3.1 Portrait des décès et des hospitalisations pour blessures au Canada et au Québec 47
3.1.1 Décès 47
3.1.2 Hospitalisations 54

3.2 Route 63

3.2.1 Occupants d'un véhicule à moteur 63
3.2.2 Piétons 70
3.2.3 Cyclistes 78

3.3 Domicile 85
3.3.1 Chutes 85
3.3.2 Brûlures et incendies 92
3.3.3 Intoxications 102
3.3.4 Étouffements et suffocations 114
3.3.5 Noyades et quasi-noyades à domicile 122
3.3.6 Morsures d'animaux domestiques 128
3.3.7 Armes à feu (blessures non intentionnelles) 132

3.4 Ferme 137

3.5 Sports et loisirs 143
3.5.1 Appareils de jeu 143
3.5.2 Patins à roues alignées, planche à roulettes et trottinette 149
3.5.3 Skis, planche à neige et autres équipements de glissade 153
3.5.4 Noyades et quasi-noyades en plan d'eau 158
3.5.5 Véhicules hors route (VTT et motoneiges) 165
3.5.6 Activités sportives d'équipe 171
3.5.7 Camping et activités de plein-air 179

RÉFÉRENCES ET ANNEXES 185

A) Bibliographie 185

B) Liste des producteurs de dépliants et de brochures 205

C) Liste des programmes québécois en prévention des blessures retenus dans le guide 211

D) Liste des organismes de normalisation des produits 215

E) Liste des autres organismes pertinents 217

F) Liste des produits pour enfants retirés du marché 219

INDEX 221

A) Index par objets et équipements 221

B) Index par thèmes 223

C) Index par blessures selon le développement de l'enfant 225

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 : Faits saillants de la prévention des blessures chez les occupants de véhicules (0-14 ans) 64
Encadré 2 : Faits saillants de la prévention des blessures chez les jeunes piétons (0-14 ans) 71
Encadré 3 : Faits saillants de la prévention des blessures chez les cyclistes (0-14 ans) 79
Encadré 4 : Faits saillants de la prévention des chutes chez les enfants (0-14 ans) 86
Encadré 5 : Faits saillants de la prévention des brûlures chez les enfants (0-14 ans) 93
Encadré 6 : Faits saillants de la prévention des intoxications chez les enfants (0-14 ans) 103
Encadré 7 : Faits saillants de la prévention des étouffements et suffocations chez les enfants (0-14 ans) 115
Encadré 8 : Faits saillants de la prévention des noyades et des quasi-noyades à domicile chez les enfants (0-14 ans) 123
Encadré 9 : Faits saillants de la prévention des morsures d'animaux domestiques chez les enfants (0-14 ans) 129
Encadré 10 : Faits saillants de la prévention des blessures non-intentionnelles par arme à feu chez les enfants (0-14 ans) 133
Encadré 11 : Faits saillants de la prévention des blessures à la ferme chez les enfants (0-14 ans) 138
Encadré 12 : Faits saillants de la prévention des blessures liées aux appareils de jeu chez les enfants (0-14 ans) 144
Encadré 13 : Faits saillants de la prévention des blessures liées aux patins à roues alignées, à la planche à roulettes et à la trottinette chez les enfants (0-14 ans) 150
Encadré 14 : Faits saillants de la prévention des blessures liées au ski et à la planche à neige chez les enfants (0-14 ans) 154
Encadré 15 : Faits saillants de la prévention des noyades et des quasi-noyades chez les enfants (0-14 ans) 159
Encadré 16 : Faits saillants de la prévention des blessures liées aux véhicules hors route (VTT et motoneiges) chez les enfants (0-14 ans) 166
Encadré 17 : Faits saillants de la prévention des blessures liées aux activités sportives d'équipe (sauf ski et natation) chez les enfants (0-14 ans) 172

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Lieux de survenue des blessures 6

Tableau 2 : Matrice de Haddon appliquée à la prévention des blessures chez les cyclistes 13

Tableau 3 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 0-6 mois 30

Tableau 4 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 7-12 mois 33

Tableau 5 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 1-2 ans 36

Tableau 6 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 3-5 ans 39

Tableau 7 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 6 -9 ans 42

Tableau 8 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 10-14 ans 45

Tableau 9 : Pourcentage d'intoxications selon la localisation à l'intérieur du domicile, SCHIRPT, Canada, 1993 104

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Liens entre la sécurité et la santé 18
Figure 2 : Décès par blessures chez les 0-14 ans, Canada, 1997 (n=426) 48
Figure 3 : Décès par blessures chez les moins d'un an, Canada, 1997 (n=32) 49
Figure 4 : Décès par blessures chez les 1-4 ans, Canada, 1997 (n=126) 49
Figure 5 : Décès par blessures chez les 5-9 ans, Canada, 1997 (n=117) 50
Figure 6 : Décès par blessures chez les 10-14 ans, Canada, 1997 (n=151) 50
Figure 7 : Décès par blessures chez les 0-14 ans, Québec, 1995-1999 (n=106 par an) 51
Figure 8 : Décès par blessures chez les 0-4 ans, Québec, 1995-1999 (n=34 par an) 52
Figure 9 : Décès par blessures chez les 5-9 ans, Québec, 1995-1999 (n=35 par an) 52
Figure 10 : Décès par blessures chez les 10-14 ans, Québec, 1995-1999 (n=36 par an) 53
Figure 11 : Hospitalisations pour blessures chez les 0-14 ans, Canada, 1996-1997 (n=28 027) 55
Figure 12 : Hospitalisations pour blessures chez les moins d'un an, Canada, 1996-1997 (n=1687) . 55
Figure 13 : Hospitalisations pour blessures chez les 1-4 ans, Canada, 1996-1997 (n=8307) 56
Figure 14 : Hospitalisations pour blessures chez les 5-9 ans, Canada, 1996-1997 (n=8813) 56
Figure 15 : Hospitalisations pour blessures chez les 10-14 ans, Canada, 1996-1997 (n=9220) 57
Figure 16 : Hospitalisations pour blessures chez les 0-14 ans, Québec, 1995-1999 (n=7055 par an) 59
Figure 17 : Hospitalisations pour blessures chez les moins d'un an, Québec, 1995-1999 (n=405 par an) 60
Figure 18 : Hospitalisations pour blessures chez les 1-4 ans, Québec, 1995-1999 (n=1900 par an) 60
Figure 19 : Hospitalisations pour blessures chez les 5-9 ans, Québec, 1995-1999 (n=2250 par an) 61
Figure 20 : Hospitalisations pour blessures chez les 10-14 ans, Québec, 1995-1999 (n=2500 par an) 61
Figure 21 : Pourcentage d'enfants décédés âgés de 0-14 ans selon les catégories d'usagers de la route, Québec, 1994-1999 65
Figure 22 : Pourcentage d'enfants blessés gravement âgés de 0-14 ans selon les catégories d'usagers de la route, Québec, 1994-1999 65
Figure 23 : Principales causes de chutes selon le type d'élément chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, SCHIRPT, Canada, 1993 87
Figure 24 : Principales causes de brûlures chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, SCHIRPT, Canada, 1993 94
Figure 25 : Intoxications selon les causes et les différents groupes d'âge, SCHIRPT, Canada, 1993 105
Figure 26 : Principales activités sportives à l'origine des blessures, tout âge, Québec, 1993 173

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les collaborateurs qui ont participé aux principales étapes de la conception du guide.

COMITÉ DE TRAVAIL

Michel Lavoie	Centre de santé publique de Québec RRSSS de Québec
Sylvain Leduc	Direction de la santé publique RSSS du Bas St-Laurent
Dominique Lesage	Direction de la santé publique RRSSS de Montréal-Centre
Louise Paré	Direction de la santé publique, RRSSS de Chaudière-Appalaches
Carmelle Pelletier-Bourgeois	Direction de la santé publique, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

COMITÉ CONSULTATIF

Nous remercions également les membres du comité consultatif, les intervenants de ces organismes qui ont participé au pré-test ainsi que ceux des CLSC Fortierville (point de service Gentilly) et des Des Forges-Trois-Rivières.

Céline Benny	Coordinatrice Défi-Famille Matawinie Région de Lanaudière
Danielle Bilodeau	Coordinatrice Maison Parenfant des Basses-Laurentides Région des Laurentides

Monique Dostie-Cliche
Directrice
Carrefour Pitchou Inc.
Région de Montréal

Victoire Giguère
Consultante
CLSC-CHSLD Montcalm
Région de Lanaudière

Carmelle Pelletier-Bourgeois
Agente de planification et de programmation
Direction de la santé publique
RSSS de la Mauricie et du
Centre-du-Québec

LECTEURS EXTERNES

Jean-Guy Breton
Consultant en prévention des blessures

Claude Goulet
Agent de recherche
Direction de la sécurité
Secrétariat au loisir et au sport
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Carmen Schaefer
Agent de planification et programmation
Direction de la santé publique
RRSSS de la Montérégie
Module Environnement/Sécurité

Diane Sergerie
Agent de recherche
Direction de la santé publique
RRSSS de la Montérégie
Module Environnement/Sécurité

Consultation spéciale

Guy Sansfaçon	Conseiller scientifique Direction des risques biologiques environnementaux et occupationnels INSPQ (Section sur les intoxications)
Louise Paré	Direction de la santé publique RRSSS de Chaudière-Appalaches (section sur les blessures à la ferme)

SECRÉTARIAT

Louise Legendre	**Josée Lacombe**
Direction de la santé publique	Direction de la santé publique
RRSSS de Montréal-Centre	RRSSS de Montréal-Centre

COMMUNICATIONS

Yves Laplante	Direction de la santé publique RRSSS de Montréal-Centre

INFOGRAPHIE

Pierre Bellefeuille	Bellefeuille Design

INTRODUCTION

La sécurité figure parmi les conditions préalables à un meilleur état de santé et de bien-être et de ce fait favorise la qualité de vie de la population. La sécurité réfère autant à la prévention des blessures non intentionnelles survenant dans les différents milieux de vie, qu'aux blessures intentionnelles liées aux actes d'agression ou aux situations de violence. De plus, la sécurité n'est pas seulement le fait d'événements visibles ou observables d'un point de vue statistique, elle est aussi l'expression d'un sentiment bien subjectif, celui de se percevoir ou non en sécurité, tant individuellement que collectivement.

Le besoin de sécurité est propre à la nature humaine et, tout comme les situations de danger présentes dans l'environnement naturel et bâti, il a accompagné le développement des sociétés jusqu'à ce jour. Toutefois, pour la plupart d'entre nous, ce besoin s'exprime davantage lorsqu'il est question de la sécurité des enfants, de « nos » enfants. Il vient susciter une émotion forte qui nous incite à vouloir les protéger des différents dangers présents dans l'environnement où ils vivent.

Nonobstant les préoccupations précédentes, il faut également chercher à diminuer la portée du risque associé au danger. Cela signifie de s'affairer à mieux contrôler les facteurs de risque liés à la survenue d'un événement potentiellement dangereux et d'en atténuer les conséquences, c'est-à-dire la gravité des blessures affectant les personnes et les populations. Cette dernière préoccupation a donné lieu à une approche dite de « prévention et contrôle des blessures » (« Injury Control »). L'idée maîtresse de cette approche consiste à ne pas blâmer les victimes mais plutôt à contrer l'idée de fatalité rattachée aux événements accidentels car cette dernière constitue encore trop souvent un frein à la prévention des blessures qui sont pour la plupart évitables.

Qui plus est, il existe des interventions démontrées efficaces pour réduire le risque de blessures dans le cas de survenue d'un événement. Toutefois ces interventions, qui peuvent prendre plusieurs formes, sont rarement regroupées dans un même recueil. Malgré des attitudes positives

à l'égard de la prévention des blessures, plusieurs intervenantes effectuant des visites à domicile ne se sentent pas bien préparées. Les éléments identifiés qui posent problème sont le manque de temps, le manque de matériel éducatif et le manque de formation[20]. Les intervenants éprouvent des difficultés à effectuer des choix dans la multitude d'outils de prévention des blessures (documents de référence, programmes, dépliants, guides, etc.). Il existe une zone grise entre la connaissance disponible et l'accès rapide et intégré à une gamme de mesures de prévention des blessures chez les enfants.

Sur la base de ce constat, il semblait pertinent de développer un outil de travail répondant aux besoins exprimés par plusieurs « intervenants-famille » œuvrant dans les organismes communautaires et le réseau des CLSC. Une demande de subvention a donc été acheminée à Santé Canada dans le cadre du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE).

Ce programme a été conçu dans le but d'aider les organismes communautaires et les établissements publics, principalement les CLSC, à répondre aux besoins des enfants vulnérables[1]. L'objectif principal du PACE est de supporter les communautés dans la mise sur pied d'un ensemble continu de programmes intégrés susceptibles de promouvoir, de prévenir et de protéger le développement social optimal des enfants vulnérables et de leurs parents. Le Programme vise prioritairement les jeunes enfants et leur famille. Il s'étend de la période précédant la naissance jusqu'à l'âge de six ans mais il couvre également les enfants d'âge scolaire, notamment ceux du primaire. Au Québec, les priorités du programme concernent la diminution :

- des taux de naissances prématurées et de bébés de petit poids;
- des blessures chez les enfants ainsi que les cas de négligence, d'abus physique et d'abus sexuel à l'égard des enfants;
- des troubles de comportements et des obstacles au développement de l'estime de soi qui peuvent conduire à la marginalisation des enfants.

La conception du présent guide s'inscrit dans les orientations du Programme en mettant l'emphase sur la prévention des blessures non intentionnelles. Bien que cette préoccupation soit

inscrite dans les interventions des organismes PACE, œuvrant ailleurs au Canada, cette dimension était très peu présente au Québec. La réalisation de cet ouvrage de référence permet d'inscrire de manière plus précise cette problématique au sein du réseau québécois des organismes PACE. À ce sujet, rappelons que malgré la réduction considérable du nombre des décès liés aux blessures depuis les vingt dernières années, plus d'enfants canadiens décèdent par suite de blessures non intentionnelles que de l'ensemble des maladies infantiles combinées.

Cependant, les cas d'abus, de négligence ou de violence envers les enfants ne sont pas traités dans ce guide parce qu'il s'agit de blessures intentionnelles, de même que les suicides, les homicides et les accidents provenant d'actes médicaux.

Toutefois, il faut garder à l'esprit que certaines blessures, en apparence non intentionnelles, relèvent parfois d'actes volontaires, tels les chutes, les brûlures, la recherche de sensations fortes ou les cas associés au syndrome de l'enfant secoué.

Le guide couvre tout le champ des blessures non intentionnelles, des concepts, aux blessures et mesures de prévention incluant des outils disponibles ainsi que des renseignements complémentaires pertinents.

Il cible les enfants âgés de 12 ans ou moins, en considérant non seulement chacun de leur stade de développement, le cadre de vie familial, mais également les différents environnements où ils évoluent, soit la route, le domicile, la ferme et ainsi que les lieux de pratique d'activités sportives ou récréatives.

Des efforts importants ont été accomplis pour inscrire les informations les plus récentes, pertinentes et objectives en matière de prévention des blessures non intentionnelles. De plus, notre souci constant a été de présenter des mesures dites efficaces.

Le guide s'adresse donc expressément aux intervenants des organismes communautaires œuvrant auprès des enfants et de leur famille ainsi qu'aux CLSC. Il propose des mesures de

prévention qui peuvent être mises de l'avant dans le cadre de leurs activités régulières auprès de ces familles et de leurs enfants, telles les cliniques de vaccination, les ateliers et les visites ou interventions à domicile (prénatales et postnatales, petite enfance, etc.). C'est pourquoi le guide exclut toutes les interventions en prévention des blessures qui relèvent des organismes publics (municipalités, écoles, ministères, etc.) ou d'autres secteurs d'activités communautaires (centres de la petite enfance, organismes non subventionnés par PACE).

Toutefois, les mesures de prévention proposées peuvent être une source de référence ou être mises de l'avant par d'autres intervenants travaillant auprès des enfants et de leur famille. De plus, les interventions réalisées par les organismes communautaires ciblés par PACE et par les CLSC peuvent être faites en collaboration avec les organismes publics ou privés concernés par la prévention des blessures et la promotion de la sécurité.

Enfin, grâce au soutien financier de Santé Canada, le Comité provincial de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité du réseau de la Santé publique du Québec a mis sur pied un comité, formé de professionnels issus des Directions régionales de santé publique, ayant comme objectif de réaliser ce guide.

MODE D'EMPLOI

1. PRÉSENTATION DU GUIDE

Ce chapitre présente la structure du document ainsi que son « mode d'emploi » pour permettre à l'utilisateur d'en tirer le maximum. Le guide présente brièvement les concepts associés à la sécurité; il relate les principales données statistiques sur les blessures et il décrit les mesures et les outils promotionnels portant sur la prévention des blessures (dépliant, affiches et programmes).

1.1 STRUCTURE

Le guide a été conçu pour être à la fois un ouvrage de référence pour les intervenants des organismes œuvrant auprès des familles et un outil pratique de recherche d'information. Les sections 1 à 3 présentent les contenus théoriques. Pour simplifier son utilisation, le guide comprend en outre une table des matières et trois index pour faciliter la recherche de l'information. De plus, des exemplaires de dépliants portant sur plusieurs mesures préventives sont également jointes en annexe (version non abrégée).

1.1.1 Blessures par lieu d'événement

Les blessures sont présentées par lieu de survenue (lieu d'événement) soit la route, le domicile, la ferme, les lieux de pratique d'activités récréatives ou sportives en considérant l'importance relative du nombre ou du taux de victimes qui leurs sont associés (tableaux 1, 3 à 8).

Tableau 1 : Lieux de survenue des blessures

Route
➢ Occupants d'un véhicule à moteur ➢ Piétons ➢ Cyclistes
Domicile
➢ Chutes ➢ Brûlures ➢ Intoxications ➢ Étouffements et suffocations ➢ Noyades et quasi-noyades (baignoires, piscines, etc.) ➢ Morsures d'animaux domestiques ➢ Armes à feu (blessures non intentionnelles)
Ferme
➢ Activités de la vie quotidienne (occupationnelles et autres)
Lieux de pratique d'activités sportives et récréatives
➢ Appareils de jeu ➢ Patins à roues alignées et planche à roulettes ➢ Ski et planche à neige ➢ Noyades et quasi-noyades en plan d'eau (lacs, rivières, etc.) ➢ Véhicules hors route (VTT et motoneige) ➢ Activités sportives d'équipe ➢ Camping et activités de plein air

A l'intérieur de chaque section portant sur les blessures par lieu de survenue, les renseignements sont regroupés en trois points distincts : les faits saillants, le portrait statistique et la revue des mesures préventives.

FAITS SAILLANTS

Ils regroupent dans un encadré et de façon succincte les données statistiques, les problèmes et les mesures de prévention efficaces correspondantes. Il s'agit en quelque sorte d'un résumé ou d'un aide-mémoire que les intervenants peuvent consulter rapidement et apporter lors des visites à domicile.

PORTRAIT STATISTIQUE

En raison des découpages démographiques habituels, le portrait statistique présente des données par lieu de survenue des blessures pour le Québec et le Canada chez les enfants de 0-14 ans. Dans le cas des figures, la somme des chiffres exprimée en pourcentage peut ne pas équivaloir à 100% compte tenu de l'arrondissement aléatoire effectué. Lorsque disponibles, les renseignements sont présentés selon le sexe et les groupes d'âge suivants : moins d'un an, 1-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans. Les sources des données statistiques apparaissant dans ce guide sont tirées de :

- *Données sur les blessures au Canada. Décès (1997) et hospitalisations (1996-1997)*[2 et 3] ;
- *Pour la sécurité des jeunes canadiens - Des données statistiques aux mesures préventives*[4] ;
- Fichier d'hospitalisation (MED-ECHO), 1995-1999[6];
- Fichier des décès du Québec, 1995-1999[7];
- *Bilan 1999-Accidents, parc automobile, permis de conduire, SAAQ*[37] ;

- *Étude sur les blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives entre octobre 1999 et septembre 2000*[190].

REVUE DES MESURES PRÉVENTIVES

Cette section se compose d'une description de différents outils de prévention des blessures chez les enfants de 0-12 ans. Le choix des outils et des équipements de prévention des blessures a été effectué à partir d'une revue de la littérature scientifique. Cette revue a été réalisée à partir des banques bibliographiques informatisées de Medline, du Transportation Research Information Service (TRIS), du National Information Service (NTIS), du HealthSTAR pour la période de 1995-2001. De plus, des articles portant sur des mesures de prévention des blessures ont été tirés de revues comme *Social Science and Medicine*, *Injury Prevention* et *Accident Analysis and Prevention.*

Une description sommaire de certains programmes de prévention des blessures est également présentée à la fin de chacune des problématiques traitées. Ces programmes sont généralement québécois ou canadiens. Dans certains cas, ces programmes ont fait l'objet d'une évaluation de l'implantation et ou des impacts sur la réduction des blessures.

1.1.2 Index

Différents index ont été conçus pour faciliter la recherche d'information : un premier par objets et équipements, un second par lieu de survenue des blessures et un troisième par blessures selon les groupes d'âge.

1.1.3 Dépliants sur les différentes mesures préventives

Les divers dépliants inclus dans le guide (version non abrégée) sont insérés dans des pochettes transparentes reprenant la classification par lieu de survenue des blessures (route, domicile,

ferme, sports, loisirs). Dans certains cas, il s'agit d'une simple feuille cartonnée de couleur facilitant la réimpression. **Il faut s'adresser directement aux fournisseurs pour obtenir d'autres exemplaires des dépliants inclus dans le guide ou pour être inscrit sur leur liste d'envoi. Les coordonnées de ces organismes figurent à l'annexe B.**

1.2 MODE D'EMPLOI

Les intervenants doivent considérer le guide, non seulement comme un document de références leur permettant de parfaire leurs propres connaissances, mais également comme un outil leur servant à faire du « counselling » (informer et soutenir) auprès des parents d'enfants de 0-12 ans en matière de prévention des blessures. Au même titre, le guide se veut une source d'inspiration pour la mise en place d'interventions ou d'activités ayant comme objectif la prévention des blessures.

1.2.1 Comment en tirer profit ?

Le guide peut être utile lors d'interventions individuelles ou de groupes. En voici, quelques exemples :

- le « counselling » (consultation) auprès des parents lors de visites à domicile ou de cliniques de vaccination;
- la sensibilisation auprès de groupes de parents :
    - lors de discussion sur un thème touchant la sécurité des enfants;
    - dans le cadre d'activités de renforcement des compétences parentales comme des ateliers ou des jeux relatifs à la sécurité des enfants (ex: chasse aux dangers au domicile);
    - lors d'une session de formation s'adressant aux intervenants ou aux parents.

Le guide étant un ouvrage de référence et non un recueil d'activités, l'intervenant doit l'envisager comme un outil de travail aux multiples facettes. À titre d'exemple, pour rechercher une information ou réaliser une activité en relation avec :

- **une activité thématique**, telles les blessures chez les piétons, l'intervenant peut utiliser l'*Index par lieu de survenue des blessures* pour identifier les informations s'y rattachant. Il peut également consulter les *Faits saillants* pour obtenir les statistiques et les mesures de prévention efficaces ainsi que les *Dépliants* portant sur ce thème qui sont inclus dans les pochettes;
- **une activité pour un groupe d'âge**, telles les blessures chez les 0 à 6 mois, l'intervenant peut recourir à l'*Index par âge et type de blessures* pour identifier les informations s'y rapportant. Il peut également consulter le tableau *Développement et prévention des blessures chez les 0-6 mois* qui illustre les capacités motrices et cognitives des enfants de cet âge, les principales blessures qui y sont associées, les mesures préventives efficaces ainsi que d'autres informations complémentaires.

1.2.2 Légende

LES ICONOGRAPHIES

Deux iconographies sont utilisées afin d'attirer l'attention du lecteur sur des informations particulières.

 La main signale aux lecteurs une mesure de prévention démontrée efficace. (Voir 2.2.1)

 L'étoile indique qu'il s'agit d'un complément à l'information fournie par la main : une définition, une recommandation, une mise en garde ou un rappel sur l'utilisation d'une mesure préventive efficace.

CONTEXTE

2. CONTEXTE : DES CONCEPTS AU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Ce chapitre inclut les concepts de « prévention et contrôle des blessures » et ceux de la « promotion de la sécurité », ainsi que les définitions concernant les mesures de prévention efficaces. Dans ce document, les concepts « prévention des blessures » et « contrôle des blessures» sont utilisés de façon interchangeable, ainsi que les expressions « prévention des blessures » et « prévention des traumatismes ». Le rôle des professionnels de même que les principaux stades de développement de l'enfant complètent le chapitre.

2.1 CONCEPTS GÉNÉRAUX

L'accident n'est pas un événement fortuit qui est fonction du hasard. Il est causé par une série de facteurs constitués tant de l'environnement social, de l'environnement physique que du mode de vie. Ces facteurs en influencent la distribution ainsi que la fréquence [10].

Le terme « blessure » se définit comme étant une lésion corporelle résultant d'un transfert d'énergie dont l'intensité ou la nature ne peut-être tolérées par le corps humain. Cette énergie peut-être de nature mécanique, thermique, chimique, électrique ou de radiation[4].

Dans le guide, dans la mesure du possible, le terme « accident » ne sera pas utilisé à cause de la connotation d'événement fortuit qui lui est associé et qui n'incite pas à la prévention. D'ailleurs, l'approche privilégiée dans la littérature scientifique favorise la « prévention des traumatismes » plutôt que celle de « prévention des accidents ». Enfin, le guide présente des mesures dites actives et passives lesquelles sont complémentaires pour la prévention des blessures[11].

2.1.1 Prévention des accidents et prévention des blessures

« Collision frontale survenue sur la route 125, bilan deux morts », « jeunes enfants décédés dans l'incendie de la demeure familiale », « bambin retrouvé dans la piscine d'une

voisine »...Quotidiennement, les journaux, la radio et la télévision rapportent de tels événements et témoignent de l'ampleur de ce problème important. A titre d'exemple, chaque jour en moyenne dix québécois décèdent et environ 140 sont hospitalisés à la suite d'un traumatisme ou d'une blessure[8 et 9].

Les traumatismes constituent la première cause de décès chez les jeunes, ils sont également un fardeau financier pour la société et ils donnent lieu à des conséquences sociales et affectives pour les victimes et leur famille.

Les accidents et les traumatismes partent du même continuum : l'accident est un événement et la blessure en est la résultante. Les traumatismes peuvent être prévenus de deux façons soit en prévenant la survenue des événements qui en sont à l'origine (les accidents) ou soit en agissant sur différents facteurs qui feront en sorte que malgré l'événement (accident), la personne ne subira pas de blessures ou en subira de moins graves. La distinction entre l'événement (accident) et les conséquences en termes de blessures a permis d'ouvrir des perspectives au-delà de l'éducation et des modifications de comportements des individus en y incluant la modification des environnements physiques, sociaux, économiques ainsi que l'ensemble des mesures législatives, des réglementations et des normes.

Haddon et ses successeurs ont considéré une approche plus globale permettant une meilleure appréciation des interactions des facteurs produisant les traumatismes : les facteurs humains, les facteurs environnementaux (physiques et sociaux) ainsi que ceux liés aux agents (véhicules, produits ou articles) responsables du transfert d'énergie. Cette dernière est à l'origine des blessures causées à l'individu. À ces différents facteurs, Haddon[12] y a joint l'aspect temporel et il a proposé une matrice à deux axes qui porte son nom : la **matrice de Haddon**. En ce sens, le tableau 2 illustre la matrice de Haddon appliquée à la prévention des blessures chez les cyclistes. Au niveau de ce tableau, les mesures pouvant faire l'objet de « counselling » ont été mises en gras.

Tableau 2 : Matrice de Haddon appliquée à la prévention des blessures chez les cyclistes

	Humain	Agent agresseur	Environnement physique	Environnement socio-économique
AVANT	• Éduquer les adeptes à la conduite sécuritaire • Émettre une plaque d'immatriculation à la suite d'un test de connaissances, d'aptitudes et de conformité du vélo • **Respecter le Code de la sécurité routière** (traverser la rue aux intersections) • **Faire porter des vêtements réfléchissants**	• **Vérifier régulièrement l'état de la bicyclette (mécanique) et des équipements de sécurité (réflecteurs, phares, fanion latéral)** • **Choisir une bicyclette adaptée à la taille de l'enfant** • Améliorer la maniabilité des bicyclettes (freins, direction) • Arrêter la production des bicyclettes • Améliorer la capacité d'absorption des véhicules à moteur (collision avec cyclistes)	• Éliminer les objets dangereux • **Utiliser les pistes cyclables ou les itinéraires sécuritaires proposés par les écoles** • Paver les accotements • Entretenir les routes • **Utiliser les routes dont la vitesse permise est de moins de 50 km/h** • Installer des « dos d'âne » (sorties privées et stops) • Tenir les chiens en laisse • Utiliser le transport en commun	• Émettre des normes pour garantir l'efficacité des casques de protection • Modifier les normes de conception des routes pour obliger l'aménagement d'un accotement pavé d'au moins 1,20 m de largeur • Réduire les limites de vitesse sur les routes rurales
PENDANT	• **Faire porter un casque de protection** • **Faire porter des équipements protecteurs (gants, genouillères) et des vêtements réfléchissants**	• Appliquer un matériau mou sur les parties contondantes de la bicyclette	• Installer des glissières de sécurité • Installer des barrières de sécurité	• Obliger les fabricants à produire des bicyclettes conformes aux normes de visibilité
APRÈS	• Considérer les caractéristiques individuelles (personnes âgées) • Réduire la gravité des blessures		• Installer des téléphones d'urgence (route) • Disposer d'hélicoptères d'urgence • Disposer d'ambulances et de centres de traumatologie	• Contrôler la qualité et la quantité des soins offerts • Favoriser la réinsertion sociale des blessés

Source : Adapté de Ginette Beaulne (sous la direction de), Santé Canada, 1991.

Haddon et par la suite Waller ont suggéré dix stratégies de contrôle des traumatismes concernant les différents facteurs cités plus haut. Mentionnons, à titre d'exemples, les stratégies suivantes : empêcher la production de produits dangereux (prohiber la production de feux d'artifices) et limiter la quantité d'énergie accumulée (limiter le nombre de comprimés disponibles par prescription médicale en fonction de la toxicité du produit)[a].

Haddon et Baker ont apporté quatre principes complémentaires afin d'aider à établir les bons choix au niveau des interventions. Ces principes sont les suivants :

- utiliser des stratégies mixtes;
- rendre prioritaires les mesures efficaces;
- favoriser les mesures passives;
- considérer les analyses coût-efficacité.

Les exemples qui suivent illustrent ces principes.

Utiliser des stratégies mixtes pour les interventions

Cette approche signifie que plusieurs facteurs ainsi que les différentes séquences temporelles (avant, pendant ou après l'événement) doivent être considérés. Par exemple, les efforts visant à réduire la mortalité par noyade chez les enfants incluent la pose d'une clôture munie d'une porte à fermeture et à verrouillage automatiques, la surveillance de la part des parents ainsi que l'apprentissage des techniques de réanimation. Les stratégies dites « passives » devraient être privilégiées, dans l'exemple mentionné la clôture munie d'une porte à fermeture et à verrouillage automatiques appartient aux stratégies passives. Ce concept sera abordé un peu plus loin.

---

[a] Pour plus de renseignements sur les huit autres stratégies, consulter le livre *« Les traumatismes au Québec, Comprendre pour prévenir »*

Rendre prioritaire les interventions efficaces

Ce deuxième principe vise à rendre prioritaire les mesures ou les interventions efficaces amenant une diminution des traumatismes et ce choix s'effectue en fonction de notre capacité d'agir sur le résultat final.

> « Les interventions efficaces sont celles qui, après évaluation, se sont avérées capables de prévenir ou de contrôler le problème, ou encore de satisfaire le besoin »[13]

> « Par ailleurs, il peut être difficile d'attribuer les résultats obtenus à l'intervention car plusieurs facteurs extérieurs à celle-ci (l'intervention) ont pu influencer ces derniers. »[14]

La section 2.2.1 aborde les mesures de prévention efficaces.

Favoriser les mesures passives

Ce principe préconise l'utilisation de mesures dites « passives », c'est-à-dire des mesures assurant la protection des personnes sans que celles-ci ne collaborent. Les termes « mesures passives » ou « mesures automatiques » sont des synonymes. Un bon exemple d'une mesure passive est la protection assurée par la présence de coussins gonflables installés dans les véhicules routiers. Les passagers y sont protégés sans qu'ils aient d'action à faire.

Les mesures passives protègent la population sans distinction aucune de sexe, de revenu ou autre. Les modifications de produits ou d'environnements sont les éléments ayant le plus grand potentiel d'efficacité. A titre d'exemples, mentionnons la création de normes de construction en ce qui concerne les extincteurs automatiques actifs en cas d'incendie, de normes pour la fabrication des jouets pour enfants, de contenants avec bouchon protège-enfants pour les médicaments, d'allumage automatique des phares d'auto, de la protection assurée par les fusibles. La promotion d'une mesure passive contribue à son acceptation par la population. De

plus, les législations sont souvent nécessaires afin d'apporter ces modifications. Avant que les lois soient passées, une éducation des décideurs et du public est essentielle.

Toutefois, plus une mesure demande d'effort pour être activée, plus elle est sujette à l'oubli ou à une erreur de la part de l'utilisateur[4]. Contrairement au coussin gonflable, la ceinture de sécurité demande la participation des usagers (boucler la ceinture) pour offrir la protection souhaitée. Cette dernière est donc considérée comme une mesure « active ». Les mesures « actives » demandent à l'utilisateur de poser un geste pour le protéger efficacement. Par la suite, la personne n'a plus à s'en soucier. Par contre, dans la réalité, cette dichotomie entre les mesures passives et actives n'est pas toujours aussi tranchée. Il s'agit plutôt d'une complémentarité entre ces deux pôles.

A titre d'exemple, le port du casque de protection pour le vélo, lequel est un équipement efficace pour prévenir les blessures à la tête, est une mesure active. Cependant, l'efficacité de cette mesure réside dans son utilisation par le cycliste. Celui-ci doit adopter ce comportement sécuritaire pour être protégé, soit le porter à chaque promenade. Le recours à des activités de promotion, de renforcement volontaire ou obligatoire auprès de la population est souvent nécessaire. Par contre, l'utilisation de clôtures munies de portes à fermeture et à verrouillage automatique (une fois installée autour d'une piscine) constitue une mesure passive parce qu'elle ne nécessite aucune intervention des individus pour être efficace.

Considérer les analyses coût-efficacité

Ce dernier principe concerne l'importance de tenir compte du rapport coût-efficacité des interventions mises de l'avant. Dans une perspective populationnelle, par exemple, il faut toujours se demander si une intervention qui sauve une seule vie est rentable compte tenu des ressources investies, car celles-ci utilisées différemment pourraient « sauver plus de vies ». Des évaluations de l'efficacité des interventions et de leur impact, c'est-à-dire de l'ensemble de tous les effets, attendus ou non, s'avèrent nécessaires afin que les ressources soient utilisées de façon optimale.

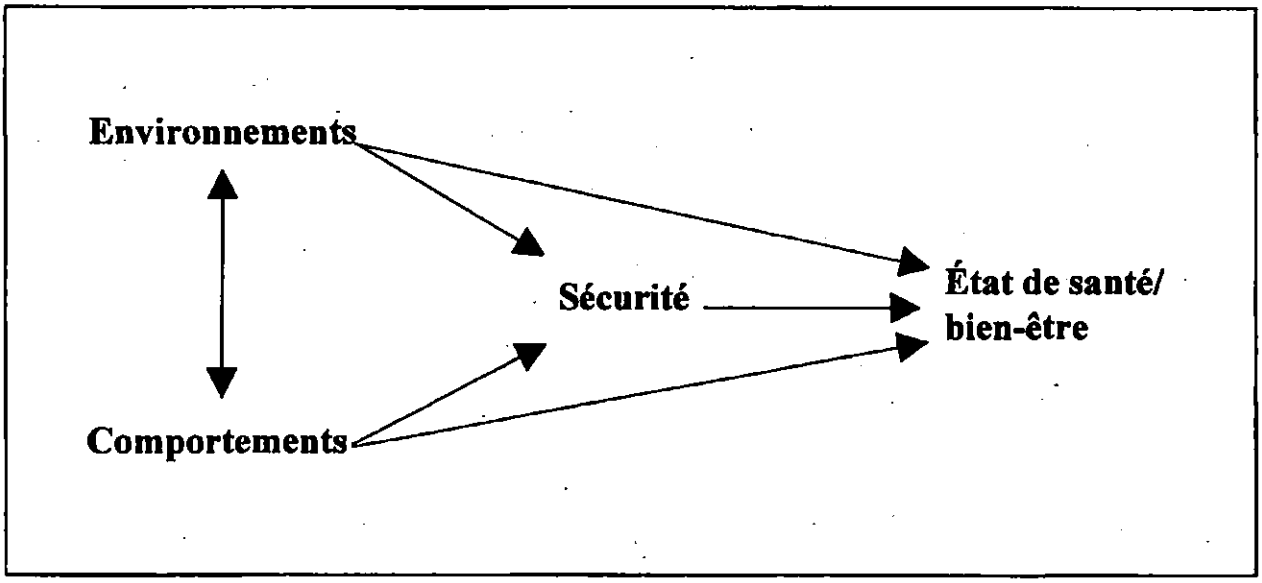
2.1.2 Sécurité et promotion de la sécurité

La sécurité et la promotion de la sécurité sont des concepts relativement récents. La sécurité peut-être définie comme un état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté. La sécurité est un préalable à l'amélioration et au maintien du bien-être et de la santé de la population. La figure 1 montre les liens entre la sécurité, le bien-être et l'état de santé des individus.

La promotion de la sécurité est un processus que les individus, les communautés, les gouvernements et les autres organisations incluant les entreprises privées et les organisations non gouvernementales, appliquent, au niveau local, national et international pour développer et maintenir la sécurité[15]. Ce processus est composé de tous les efforts consentis pour modifier les structures, l'environnement (physique, social, technologique, politique, économique et organisationnel) ainsi que les attitudes et les comportements ayant trait à la sécurité. Ce cadre de référence s'applique aux traumatismes non intentionnels, au suicide et à la violence. La promotion de la sécurité cible les différents milieux de vie, les quartiers, l'école ainsi que les collectivités[b].

[b] Pour plus de renseignements, consulter la monographie « *Sécurité et promotion de la sécurité : Aspects conceptuels et opérationnels*»

Figure 1 : Liens entre la sécurité et la santé



Source: Maurice et coll., 1998.

2.2 DÉFINITIONS

Dans ce guide, les mesures de prévention des blessures où l'efficacité est reconnue et a été démontrée demeurent notre premier choix. Cependant, il n'a pas toujours été possible de présenter une mesure efficace pour chaque type de blessure. Dans plusieurs cas les évaluations, les recherches et les expérimentations doivent se poursuivre. Devant ce constat bien réel, nous présentons donc certaines mesures de prévention dont le potentiel d'efficacité reste à démontrer. Lorsque l'information est disponible, nous indiquons si une mesure a fait l'objet d'expérimentation ou d'une phase d'évaluation d'implantation.

2.2.1 Mesures de prévention efficaces



Une mesure de prévention des blessures est efficace si elle répond à l'une des définitions suivantes[16,17,18] :

1) Une mesure (comportement, programme, équipement) qui a démontré une réduction de la **mortalité** (décès) et de la **morbidité** (blessés) ;

Les sièges d'auto pour enfants ainsi que les barreaux aux fenêtres sont considérés comme des équipements de protection efficaces. Cependant, ils nécessitent des activités de renforcement ou des programmes de prévention pour s'assurer de leur utilisation ou de leur application.

Une deuxième définition de l'efficacité d'une mesure de prévention des blessures est également retenue :

2) Une mesure (comportement, programme, équipement) qui a démontré une réduction de la **gravité** des blessures.

Par exemple, le port du casque protecteur lors de la pratique d'activités sportives (hockey, ski alpin, motoneige, véhicule tout-terrain ou cyclisme) contribue à réduire la gravité des blessures à la tête (visage et crâne), mais il ne contribue pas à réduire le nombre d'événements accidentels.

2.2.2 Mesures de prévention non évaluées

Les autres mesures de prévention englobent des programmes ou des équipements sécuritaires dont les études ou les rapports n'ont pas démontré un lien direct avec la réduction de la mortalité ou de la morbidité. Les autres mesures de prévention des blessures considérées ici sont :

1) Une mesure (comportement, programme, équipement) ayant fait l'objet d'une implantation dans une région ou dans une communauté et dont la démarche d'implantation a été évaluée comme génératrice de comportements sécuritaires ;

2) Des mesures (comportement, équipement, programme) n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation d'implantation ou d'efficacité sont également présentées. Il s'agit habituellement de conseils regroupés par thématiques qui s'adressent à des individus ou à une population particulière. À titre d'exemple, nous pensons à « **La Semaine de prévention des incendies** » qui est implantée dans les différentes écoles du Québec.

2.3 RÔLE DES PROFESSIONNELS - « COUNSELLING » ET VISITES À DOMICILE

Prévention des blessures : stratégies éducationnelles[11]

Les interventions éducationnelles en prévention des blessures ont longtemps constitué une dominante de la pratique de la santé publique. Plus récemment, des critiques ont été formulées indiquant que cette approche constituait une «diversion » par rapport aux autres approches plus efficaces. Actuellement, l'approche préconisée en prévention des blessures considère un continuum qui s'étend des mesures actives aux mesures passives tout en considérant la complémentarité de celles-ci.

L'éducation joue un rôle dans le cadre d'une stratégie globale de prévention des blessures. Par ailleurs, l'éducation utilisée sans aucune autre stratégie peut avoir des impacts limités sur la santé ou la sécurité mais de concert avec les autres stratégies environnementales ou législatives, elle peut donner des résultats positifs. Le programme mis de l'avant par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) en 1987 pour encourager le port de la ceinture de sécurité illustre bien le rôle que peut jouer l'éducation en combinaison avec d'autres stratégies. Une campagne médiatique a été organisée par la SAAQ, en collaboration avec les différents corps policiers de la province, afin de sensibiliser la population. Cette campagne a été jumelée à la mise en place de mesures incitatives (billets de loterie) pour renforcer l'utilisation de la ceinture de sécurité, de même qu'à des mesures coercitives (contraventions) pour influencer les comportements des automobilistes et ainsi augmenter le port de la ceinture de sécurité.

C'est dans cette ligne de pensée que s'inscrit le « counselling ». Les interventions auprès des familles constituent l'un des éléments d'une stratégie plus globale décrite comme un continuum composé de six volets permettant une approche plus intégrée du problème des traumatismes. Le premier volet vise à renforcer les connaissances et les habilités individuelles. Les individus sont encouragés à modifier leur comportement et l'approche utilisée est le « counselling »[19].

Les professionnels de la santé ainsi que les intervenants communautaires peuvent effectuer du « counselling » en prévention des blessures dans le cadre de leurs activités (cours prénataux,

cliniques de vaccination, rencontres avec des parents, etc.). Lors du « counselling », les parents sont informés des dangers auxquels peuvent faire face leurs enfants et les intervenants suggèrent les mesures préventives les plus efficaces afin de réduire les risques de blessures.

En éducation, les visites à domicile constituent une avenue à considérer. Comme le mentionne les auteurs du rapport « Pour la sécurité des jeunes canadiens » : « ...une visite par un professionnel de la santé à la résidence de nouveaux parents parvient à augmenter les connaissances des parents à propos des risques de blessures, mais également à diminuer les situations à risque au domicile. Les visites post natales constituent un cadre propice à ce type d'intervention. Il serait particulièrement opportun de développer et d'établir le rôle que peuvent jouer des individus qui, sans être des professionnels de la santé, peuvent être formés à cet effet. »[4]

Les résultats d'une méta-analyse[22] suggèrent que les visites à domicile effectuées par les infirmières auraient le potentiel d'améliorer les habiletés des parents ainsi que la qualité de l'environnement du domicile. Des résultats similaires ont été observés chez des bénévoles (« Lay Workers »)[11]. Les programmes de visites à domicile contribueraient à réduire les blessures non intentionnelles.

Depuis les années 1980, aux États-Unis, plusieurs interventions de prévention des blessures chez les jeunes enfants ont utilisé l'approche des visites à domicile. Mentionnons quelques programmes (américains, britanniques et québécois) ayant démontré des résultats intéressants :

- Le programme « **Home Injury Prevention Project** » (HIPP) à Boston[23,24] visait la réduction des brûlures, des chutes et des blessures en milieu familial. Au cours des années 1980, 285 maisons de la région de Boston ont été visitées dans le cadre de ce programme. Au cours d'une première visite, l'inspecteur notait sur une grille les situations à risque de blessures et effectuait du « counselling » auprès des parents sur différentes mesures de prévention. De plus, des équipements de prévention étaient fournis aux familles (exemples : sirop d'ipéca ou loquets pour les armoires). Une amélioration de l'environnement domiciliaire a été observée, notamment dans la cuisine et dans les chambres d'enfants. Les principales améliorations concernaient l'absence d'appareils électriques dans la salle de bain, l'absence de couteaux accessibles aux enfants et l'entreposage sécuritaire des produits toxiques au sous-sol. Les auteurs soulignent que le programme a été un succès dans la réduction des risques de blessures à domicile.

- En 1988, le programme « **Harlem Hospital Injury Prevention Program** » (HHIPP) a été implanté dans le quartier d'Harlem à New York[25]. Ce programme incluait plusieurs approches dont entre autres, la prévention des brûlures et la prévention des blessures chez les adolescents. À la suite du déploiement des interventions de ce programme, le taux des blessures chez les enfants de 5 à 16 ans a baissé de 29% sur une période de cinq ans.

- À Philadelphie le programme « **Safe Block Project** », composé de visites à domicile effectuées par des inspecteurs, a montré des améliorations dans la prévention des blessures[26]. Dans le cadre de ce programme, l'inspecteur remettait une trousse de sécurité et il prodiguait des conseils de prévention sur les chutes (présence de tapis, vérification des marches, vérification de l'éclairage dans les escaliers). Le programme a entraîné une augmentation statistiquement significative ($p<0,01$) de la présence de certains équipements sécuritaires. Mentionnons, entre autres, la présence du sirop d'ipéca ou la présence de détecteurs de fumée. Le programme a également eu un impact significatif dans la prévention des brûlures et plus particulièrement au niveau de la température de l'eau chaude.

- En Grande-Bretagne (Angleterre, Irlande du Nord, Pays de Galles et Écosse), les visites à domicile sont également utilisées dans la prévention des blessures chez les enfants[16,21,29 et 28]. Selon une étude réalisée dans les années 1980, les visites à domicile avaient contribué à augmenter de 60% l'usage des outils de prévention comparativement à seulement 9% pour les messages télévisés[16].

- Plus près de nous au Québec, au moins deux projets-pilotes ont été réalisés notamment dans la région du Bas-Saint-Laurent[121] et de la Mauricie et du Centre-du-Québec[118 et 120]. Ces programmes sont abordés plus en détail dans ce guide.

2.4 DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET PRÉVENTION DES BLESSURES

Ce chapitre porte sur les différentes phases du développement physique et cognitif de l'enfant. A l'aide de tableaux, il présente en parallèle le stade de développement de l'enfant selon différents groupes d'âge, les types de blessures qui leurs sont associées ainsi que les mesures préventives appropriées. Les informations présentées au regard des phases du développement doivent être considérées à titre indicatif puisque chaque enfant est unique et que son rythme de développement peut être différent des autres enfants de son âge[30, 31, 32 et 33].

Par ailleurs, une étude réalisée auprès des parents d'enfants de un à six ans a permis d'explorer la sensibilisation, les attitudes et les perceptions des parents quant à leur rôle et à leurs actions dans la prévention des blessures non intentionnelles chez les enfants[34]. Cette étude a incorporé des mesures pour explorer les aspects des connaissances des parents au sujet des comportements sécuritaires à adopter par rapport aux enfants de un à six ans, ainsi que leurs attentes au niveau des capacités de leurs enfants à rester hors de danger et leurs attentes sur leur propre rôle à l'égard de la prévention infantile.

Les résultats de cette étude indiquent que les parents de condition socioéconomique faible ne sont pas au courant que les blessures sont la première cause de décès chez les enfants. De plus, les résultats confirment ceux d'études antérieures[35 et 36] soient, qu'ils surestiment les capacités de leurs enfants à agir de manière sécuritaire et les connaissances de leurs enfants sur la façon d'affronter les situations d'urgence.

Les résultats suggèrent que la plupart des parents conceptualisent les blessures comme des événements négatifs sur lesquels ils peuvent exercer un certain contrôle. Certaines sources d'information sur la sécurité ont été mentionnées par les parents : d'autres parents, la famille, la documentation écrite (livres sur l'éducation des enfants, dépliants, revues pour les parents), le médecin de famille et (ou) le personnel de santé publique et les émissions de télévision.



Malgré le fait que les parents connaissent bien les habitudes de leurs enfants, ils surestiment souvent leurs capacités à agir de manière sécuritaire. C'est pourquoi la surveillance parentale est toujours requise.

Les tableaux portant sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures constituent pour les intervenants une référence utile lors d'activités auprès des familles (exemples : visites à domicile, rencontres de groupe).

Ces tableaux sont présentés selon les stades de développement de l'enfant : 0-6 mois, 6-12 mois, 1-2 ans, 3-5 ans, 6-9 ans, 10-14 ans. Ces stades ont été choisis afin de refléter avec justesse les transformations et l'évolution des habiletés chez les enfants.

2.4.1 0 - 6 mois

L'enfant commence à s'asseoir tout seul, passe du ventre au dos et essaie de ramper sur le sol (tableau 3). Il explore les objets et écoute les bruits. Il commence à saisir certaines interdictions[31]. Les principales blessures affectant ce groupe d'âge sont les chutes, les étouffements/suffocations, les intoxications et les brûlures. Ce groupe d'âge est vulnérable à ces types de blessures parce que :

- les nourrissons présentent des problèmes d'équilibre, de maladresse et de lenteur dans le temps de réaction (chutes) ;
- ils ne peuvent pas évaluer correctement la distance et la vitesse des objets ;
- ils sont attirés par des objets de couleurs (intoxications et étouffement) ;
- ils peuvent avaler des objets sans les mastiquer (étouffements).

2.4.2 6 - 12 mois

Comme pour les nourrissons, les enfants de 6 à 12 mois sont particulièrement affectés par les chutes et les intoxications (tableau 4). Leurs habiletés motrices et cognitives progressent rapidement. Il n'en demeure pas moins que les enfants de cet âge sont vulnérables aux blessures parce que :

- ils explorent leur monde avec les doigts et la bouche (intoxications) ;
- ils peuvent placer leurs doigts dans de petits trous (brûlures) ;
- ils commencent à saisir de petits objets qu'ils portent à leur bouche (étouffements).

2.4.3 1 - 2 ans

Les capacités motrices et cognitives se développent de plus en plus rapidement chez les enfants de 1-2 ans (tableau 5). L'enfant prononce quelques mots et peut commencer à saisir des consignes très simples. A cet âge, les blessures causées par les chutes et les intoxications demeurent toujours prédominantes. Les blessures liées à des activités sportives ou récréatives font leur apparition. A cet âge, les enfants sont vulnérables parce que :

- ils commencent à marcher et ils tombent facilement (chutes) ;
- ils vident le contenu des boîtes, des bouteilles et des contenants (intoxications) ;
- ils touchent à tout (brûlures) ;
- ils commencent à imiter leurs aînés, même pendant leur absence.

2.4.4 3 - 5 ans

Chez les enfants d'âge préscolaire, le développement des capacités motrices et cognitives est rapide (tableau 6). Les enfants de ce groupe d'âge sont très curieux. Les blessures liées aux activités sportives et récréatives prennent de plus en plus d'importance. La vulnérabilité des enfants de ce groupe d'âge provient des caractéristiques suivantes :

- ils ne connaissent pas la peur et ne pensent pas aux conséquences de leurs actes ;

- ils sont impulsifs au niveau de la pratique des jeux ;
- ils ne peuvent évaluer la distance, la force ou la vitesse d'un objet ;
- ils n'ont pas les capacités motrices et cognitives d'un adulte (vision périphérique plus faible, maladresse, problèmes d'équilibre, lenteur de réaction, manque de coordination, difficulté à faire plus d'une chose à la fois). Leur capacité d'attention ne dépasse pas dix minutes.

2.4.5 6 - 9 ans

La croissance se poursuit plus lentement à cet âge (tableau 7). La coordination manuelle-visuelle n'est pas encore complétée. Une démonstration et des activités de renforcement sont nécessaires pour que l'enfant comprenne les règles de sécurité. Il n'assume pas encore ses responsabilités[23] face aux tâches confiées. La principale cause de blessures pour ce groupe d'âge demeure les chutes (d'un escalier, d'un meuble, d'un appareil de jeu, d'un arbre et sur la glace) suivies par les blessures liées aux activités sportives et récréatives. Les blessures à titre de piéton ou de cycliste prennent également de l'importance pour ce groupe d'âge.

Les blessures surviennent parce que :

- ils essaient de réaliser des tâches trop complexes par rapport à leurs habiletés ;
- ils se fatiguent rapidement ;
- leur capacité d'attention est de 12 à 14 minutes ;
- leur coordination manuelle-visuelle n'est pas encore complétée et ils peuvent éprouver de la difficulté à évaluer les distances (capacité d'anticipation, principalement à titre de piéton ou de cycliste);
- ils ne tiennent pas compte de leur environnement lorsqu'ils sont sur la voie publique et ils connaissent peu les règles du « *Code de la sécurité routière* ».

2.4.6 10 - 14 ans

Chez les enfants de 10-14 ans, certains problèmes de maladresse et de coordination sont encore présents (tableau 8). Ils comprennent les règles de sécurité à l'aide d'exemples abstraits. Ils maîtrisent les concepts de mouvement et de direction.

Les blessures surviennent parce que :

- les enfants de ce groupe se croient immortels; ils ont une propension à prendre des risques et pensent que les accidents n'arrivent qu'aux autres ;
- ils veulent finir leurs activités trop rapidement ;
- ils pensent que leurs habiletés physiques remplacent l'expérience dans l'accomplissement d'une tâche ou la réalisation d'une activité;
- certains d'entre eux font preuve d'une plus grande compétitivité, agressivité ou sont plus réfractaires à l'autorité.

Tableau 3 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 0-6 mois

Capacités motrices :
- ➢ Il essaie de s'asseoir tout seul.
- ➢ Il ouvre les yeux et regarde partout si on le tient en position debout.
- ➢ Il aime jeter les objets sur le sol pour entendre le bruit.
- ➢ Il passe du dos au ventre.

Capacités cognitives :
- ➢ Il entend les sons.
- ➢ Il commence à distinguer certaines couleurs.
- ➢ Il commence à saisir certaines interdictions.
- ➢ Il commence à distinguer des odeurs.
- ➢ Il commence à se concentrer sur un objet.

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Occupants d'un véhicule à moteur	➢ Utiliser le siège de retenue approprié : • un siège pour nouveau-né, pour les enfants jusqu'à 10 kg (22 livres) installé sur la banquette arrière selon les instructions du fabricant **OU** un siège d'enfant, pour les enfants de 10 à 18 kg (22 à 40 livres) installé sur la banquette arrière selon les instructions du fabricant	**À CONSEILLER :** – Contacter Transports Canada pour des informations concernant les sièges usagés, cas de rappel ou autres au 1-800-333-0371 **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Asseoir un enfant de 12 ans et moins sur le siège avant d'un véhicule muni ou non de sacs gonflables
Chutes	➢ Bannir l'utilisation des marchettes ➢ Installer des loquets aux fenêtres	**À CONSEILLER :** – Placer des barrières de sécurité en haut et en bas des escaliers, bien les installer et bien les verrouiller – Placer le couffin ou la chaise portative sur le sol pour éviter qu'ils basculent – Attacher l'enfant dans sa chaise haute ainsi que dans sa poussette et éviter de la surcharger **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Laisser un enfant sans surveillance : dans une poussette, sur une table à langer, dans sa chaise haute, sur un meuble, sur un lit d'adulte ou dans un centre d'activités stationnaire pour bébé

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 3 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 0-6 mois (suite)

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Brûlures	➢ S'assurer que la température de l'eau chaude à la sortie du robinet ne dépasse pas 49° C ➢ Installer des avertisseurs de fumée	**À CONSEILLER :** – Utiliser des napperons plutôt qu'une nappe – Vérifier régulièrement le fonctionnement des piles des avertisseurs de fumée – Acheter des briquets protège-enfant – Faire couler l'eau froide avant l'eau chaude pour le bain – Vérifier la température du biberon – Placer les boissons et les aliments chauds hors de portée des enfants – Faire porter aux enfants des vêtements de nuit ininflammables – Placer les articles de fumeur hors de portée des enfants – Mettre des capuchons sur les prises électriques **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Laisser pendre le fil des petits appareils électriques (fer à repasser, bouilloire, cafetière, etc.) – Exposer un enfant de moins de six mois au soleil
Intoxications	➢ Installer des avertisseurs de monoxyde de carbone ➢ Utiliser des contenants avec bouchon protège-enfants ➢ Installer des loquets aux portes des armoires ➢ Bannir les jouets et les hochets en vinyle souple (PVC) ➢ Afficher le numéro de téléphone du Centre anti-poison près du téléphone : 1-800-463-5060	**À CONSEILLER :** – En l'absence de contenant protège-enfants, conserver les médicaments, l'alcool, les cosmétiques et les produits d'entretien domestique dans leur contenant d'origine et hors de portée des enfants – Mettre les sacs à main hors de portée des enfants – Vérifier la toxicité de vos plantes de maison et éliminer les dangereuses **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Utiliser un insectifuge contenant du DEET

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 3 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 0-6 mois (suite)

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Étouffements/ suffocations	➢ Utiliser un lit pour enfant fabriqué après septembre 1986, selon les normes de Santé Canada	**À CONSEILLER :** – Utiliser des parcs pour enfants dont les mailles du filet sont de type moustiquaire – Enlever les couvertures du lit lorsque l'enfant est réveillé – Enlever les oreillers du lit – Vérifier toujours la date de fabrication du lit d'enfant lorsque celui-ci est acheté dans un magasin de meubles usagés, vente de garage ou s'il vous est donné – Dans le cas des sucettes qui sont attachées aux vêtements, la corde ne doit pas dépasser 15 cm (6 pouces) et l'attache (pince) doit se détacher facilement du vêtement – Râper ou tailler en fines lanières les fruits et les légumes – Mettre les sacs à main hors de portée des enfants – Placer le nourrisson sur le dos pour dormir – Vérifier que le matelas du lit soit en bon état – Retirer les cordons et les cordes sur les objets, les jouets ou les vêtements – Installer des barrières d'escalier sécuritaires (espacement réglementaire des ouvertures) – Fixer au mur les étagères, les bibliothèques et les commodes avec une attache – Porter attention à la présence des petits objets (pièce de monnaie, boutons, jouets, etc.) – Vérifier l'âge recommandé lors de l'achat de jouets – Vérifier régulièrement les jouets et jetez ceux qui sont brisés **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Accrocher des sucettes ou des jouets avec des ficelles aux barreaux du parc
Noyades	➢ Utiliser, sous surveillance d'un adulte, une baignoire conçue pour les bébés ➢ Assurer une présence constante pendant le bain ou la baignade	**À CONSEILLER :** – Bannir les sièges de bain pour bébé (bathtub ou bathtub ring)

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 4 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 7-12 mois

Capacités motrices :
- ➢ Il commence à s'asseoir tout seul.
- ➢ Il marche à quatre pattes et essaie de marcher debout.
- ➢ Il peut saisir des petits objets comme les boucles d'oreilles ou les pilules.
- ➢ Il peut placer son index dans des petits trous.

Capacités cognitives :
- ➢ Il explore le monde avec sa bouche et ses doigts.
- ➢ Il est sensible à l'approbation ou à la désapprobation.
- ➢ Il imite les autres personnes.

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Occupants d'un véhicule à moteur	➢ Utiliser le siège de retenue approprié : • un siège pour nouveau-né pour les enfants jusqu'à 10 kg (22 livres) installé sur la banquette arrière selon les instructions du fabricant **OU** • un siège d'enfant, pour les enfants de 10 à 18 kg (22 à 40 livres) installé sur la banquette arrière selon les instructions du fabricant	**À CONSEILLER :** – Contacter Transports Canada pour des informations concernant les sièges usagés, cas de rappel ou autres au 1-800-333-0371 **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Asseoir un enfant de 12 ans et moins sur le siège avant d'un véhicule muni ou non de sacs gonflables
Chutes	➢ Bannir l'utilisation des marchettes ➢ Installer des loquets aux fenêtres	**À CONSEILLER :** – Enlever les tabourets ou les chaises situés près des fenêtres – Placer des barrières de sécurité en haut et en bas des escaliers, bien les installer et bien les verrouiller – Attacher l'enfant dans sa chaise haute ainsi que dans sa poussette et éviter de la surcharger – Placer la chaise haute loin du comptoir ou d'un meuble afin que l'enfant ne puisse se pousser, basculer ou prendre des objets – Utiliser un tapis antidérapant pour la baignoire **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Laisser un enfant sans surveillance : dans une poussette, sur une table à langer, dans sa chaise haute, sur un meuble, sur un lit d'adulte ou dans un centre d'activités stationnaire pour bébé

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 4 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 7-12 mois (suite)

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Brûlures	➢ S'assurer que la température de l'eau chaude à la sortie du robinet ne dépasse pas 49° C ➢ Installer des avertisseurs de fumée ➢ Utiliser de la crème solaire UVA et UVB ayant un facteur de protection de 15 ou plus, à base d'oxyde de zinc ou de dioxyde de titane et faire porter un chapeau et des vêtements longs	**À CONSEILLER :** – Tourner les poignées d'ustensiles (poêle, chaudron, etc.) vers l'intérieur et utiliser les ronds arrières – Débrancher les petits appareils électriques – Éloigner l'enfant du four chaud – Utiliser des napperons plutôt qu'une nappe – Vérifier régulièrement le fonctionnement des piles des avertisseurs de fumée – Acheter des briquets protège-enfant – Faire couler l'eau froide avant l'eau chaude pour le bain – Vérifier la température du biberon – Placer les boissons et les aliments chauds hors de portée des enfants – Faire porter aux enfants des vêtements de nuit ininflammables – Placer les articles de fumeur hors de portée des enfants – Mettre des capuchons sur les prises électriques – Appliquer de la crème solaire de 15 à 30 minutes avant de sortir, sans oublier le nez, les oreilles, le dessus des pieds et l'arrière des genoux. Répétez régulièrement l'application **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Appliquer de la crème solaire sur le visage ou sur les mains afin qu'elle n'entre pas en contact avec les yeux ou la bouche – L'exposition au soleil de 11 h à 15 h – Laisser pendre le fil des petits appareils électriques (fer à repasser, bouilloire, cafetière, etc.)
Intoxications	➢ Installer des avertisseurs de monoxyde de carbone ➢ Utiliser des contenants avec bouchon protège-enfants ➢ Installer des loquets aux portes des armoires ➢ Bannir les jouets et les hochets en vinyle souple (PVC) ➢ Afficher le numéro de téléphone du Centre anti-poison près du téléphone : 1-800-463-5060	**À CONSEILLER :** – En l'absence de contenant protège-enfants, conserver les médicaments, l'alcool, les cosmétiques et les produits d'entretien domestique dans leur contenant d'origine et hors de portée des enfants – Porter attention à certains produits cosmétiques, tels dissolvant pour vernis à ongles, lotion épilatoire, permanente et teinture pour les cheveux – Mettre les sacs à main hors de portée des enfants – Vérifier la toxicité des plantes de maison et éliminer les dangereuses – Utiliser un insectifuge contenant moins de 10% de DEET, seulement dans les situations où il y a un risque élevé de complications de piqûres d'insectes, et sur de courtes périodes. Appliquer en très petite quantité, ni sur le visage, ni sur les mains

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 4 :Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 7-12 mois (suite)

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Étouffements/ suffocations	➢ Utiliser un lit pour enfants fabriqué après septembre 1986, selon les normes de Santé Canada	**À CONSEILLER :** – Utiliser des parcs pour enfants dont les mailles du filet sont de type moustiquaire – Placer le lit, le coffre à jouets, etc. loin des stores – Enlever les couvertures du lit lorsque l'enfant est réveillé – Enlever les oreillers du lit – Vérifier toujours la date de fabrication du lit d'enfant lorsque celui-ci est acheté dans un magasin de meubles usagés, vente de garage ou s'il vous est donné – Dans le cas des sucettes qui sont attachées aux vêtements, la corde ne doit pas dépasser 15 cm (6 pouces) et l'attache (pince) doit se détacher facilement du vêtement – Râper ou tailler en fines lanières les fruits et les légumes – Mettre les sacs à main hors de portée des enfants – Vérifier que le matelas du lit soit en bon état – Retirer les cordons et les cordes sur les objets, les jouets ou les vêtements – Porter une attention particulière à la présence des petits objets (pièce de monnaie, boutons, jouets, etc.) – Installer des barrières d'escaliers sécuritaires (espacement réglementaire des ouvertures) – Fixer au mur les étagères, les bibliothèques et les commodes avec une attache – Vérifier l'âge recommandé lors de l'achat de jouets – Vérifier régulièrement les jouets et jetez ceux qui sont brisés – Jetez les morceaux de ballons en latex qui ont éclaté et les ballons qui sont dégonflés – Choisir un coffre à jouets munis de trous d'aération – Ranger les sacs de plastique hors de portée des enfants **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Donner des aliments crus, ronds ou durs (pommes, carottes, arachides, bonbons, etc.) – Accrocher des sucettes ou des jouets avec des ficelles aux barreaux du parc – Laisser jouer des enfants sous des lits superposés
Noyades	➢ Assurer une présence constante pendant le bain ou la baignade ➢ Installer une clôture de 1,2 mètre de haut (4 pieds et plus) munie d'une porte à fermeture et à verrouillage automatiques autour de la piscine creusée ou sur la promenade adjacente à la piscine hors terre	**À CONSEILLER :** – Utiliser un tapis antidérapant pour baignoire – Vider la pataugeoire et la ranger hors de portée des enfants après usage

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 5 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 1-2 ans

Capacités motrices :
- ➢ Il commence à marcher, mais il peut facilement tomber.
- ➢ Il commence à monter et descendre les escaliers.
- ➢ Il jette tous les contenants de la salle de bain pour voir le contenu.
- ➢ Il touche à tout.

Capacités cognitives :
- ➢ Il commence à répéter deux à trois mots jusqu'à nommer les objets.
- ➢ Il imite les personnes, même pendant leur absence.
- ➢ Il commence à saisir certaines consignes très simples.

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Occupants d'un véhicule à moteur ou usager de la route	➢ Utiliser un siège d'enfant, pour les enfants de 10 à 18 kg (22 à 40 livres) et l'installer sur la banquette arrière selon les instructions du fabricant ➢ Faire porter un casque de protection pour le vélo	**À CONSEILLER :** – Contacter Transports Canada pour des informations concernant les sièges usagés, cas de rappel ou autres au 1-800-333-0371 **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Asseoir un enfant de 12 ans et moins sur le siège avant d'un véhicule muni ou non de sacs gonflables – Prendre un enfant comme passager sur un VTT, une moto, une motoneige ou un tracteur
Chutes	➢ Bannir l'utilisation des marchettes ➢ Installer des loquets aux fenêtres ➢ S'assurer que les équipements et les aires de jeu dans les parcs publics soient conformes à la norme Z-614-98 de l'ACNOR (CSA)	**À CONSEILLER :** – Enlever les tabourets ou les chaises situés près des fenêtres – Enlever tout objet situé près des rampes de balcon – Placer des barrières de sécurité en haut et en bas des escaliers, bien les installer et bien les verrouiller – Installer un éclairage adéquat dans les escaliers – Enlever les petits tapis situés près du haut des escaliers – Utiliser un tapis antidérapant pour la baignoire – Attacher l'enfant dans sa chaise haute ainsi que dans sa poussette et éviter de la surcharger – Placer la chaise haute loin du comptoir ou d'un meuble afin que l'enfant ne puisse se pousser, basculer ou prendre des objets – S'assurer que les équipements et aires de jeu à domicile sont sécuritaires **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Laisser dormir ou jouer un enfant de moins de six ans dans la partie supérieure d'un lit superposé – Laisser un enfant sans surveillance : dans une poussette, sur une table à langer, dans sa chaise haute, sur un meuble ou sur un lit d'adulte – Laisser un enfant monter sur les meubles

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 5 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 1-2 ans (suite)

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Brûlures	➢ S'assurer que la température de l'eau chaude à la sortie du robinet ne dépasse pas 49° C ➢ Installer des avertisseurs de fumée ➢ Utiliser de la crème solaire UVA et UVB ayant un facteur de protection de 15 ou plus, à base d'oxyde de zinc ou de dioxyde de titane et faire porter un chapeau et des vêtements longs	**À CONSEILLER :** – Utiliser des napperons plutôt qu'une nappe – Tourner les poignées d'ustensiles (poêle, chaudron, etc.) vers l'intérieur et utiliser les ronds arrières – Éloigner l'enfant du four chaud – Vérifier régulièrement le fonctionnement des piles des avertisseurs de fumée – Acheter des briquets protège-enfant – Débrancher les petits appareils électriques – Appliquer de la crème solaire de 15 à 30 minutes avant de sortir, sans oublier le nez, les oreilles, le dessus des pieds et l'arrière des genoux. Répétez régulièrement l'application – Faire porter aux enfants des lunettes de soleil protégeant des rayons ultraviolets – Faire couler l'eau froide avant l'eau chaude pour le bain – Placer les boissons et les aliments chauds hors de portée des enfants – Faire porter aux enfants des vêtements de nuit ininflammables – Mettre des capuchons sur les prises électriques – Placer les articles de fumeur hors de portée des enfants – Garder les chandelles allumées hors de portée des enfants – Porter une attention particulière lors de l'utilisation d'un barbecue (charbon de bois ou gaz) en présence des enfants **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Appliquer de la crème solaire sur le visage ou sur les mains afin qu'elle n'entre pas en contact avec les yeux ou la bouche – L'exposition au soleil de 11 h à 15 h – Laisser pendre le fil des petits appareils électriques (fer à repasser, bouilloire, cafetière, etc.) – Laissez les jeunes enfants porter des vêtements de nuit amples comme des tee-shirt d'adulte car ceux-ci peuvent contenir des fibres qui s'enflamment facilement (coton, acrylique, satin)
Intoxications	➢ Installer des avertisseurs de monoxyde de carbone ➢ Utiliser des contenants avec bouchon protège-enfants ➢ Installer des loquets aux portes des armoires ➢ Bannir les jouets et les hochets en vinyle souple (PVC) ➢ Afficher le numéro de téléphone du Centre anti-poison près du téléphone : 1-800-463-5060	**À CONSEILLER :** – En l'absence de contenant protège-enfants, conserver les médicaments, l'alcool, les cosmétiques et les produits d'entretien domestique dans leur contenant d'origine et hors de portée des enfants – Porter attention à certains produits cosmétiques, tels dissolvant pour vernis à ongles, lotion épilatoire, permanente et teinture pour les cheveux – Mettre les sacs à main hors de portée des enfants – Vérifier la toxicité des plantes de maison et éliminer les dangereuses – Utiliser : ▪ Pour les enfants de moins de 2 ans, un insectifuge contenant moins de 10% de DEET, seulement dans les situations où il y a un risque élevé de complications de piqûres d'insectes, et sur de courtes périodes. Appliquer en très petite quantité, ni sur le visage, ni sur les mains ▪ Pour les enfants de 2 ans et plus, un insectifuge contenant moins de 10% de DEET, et ne pas dépasser trois applications par jour

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 5 : Développement et prévention des blessures chez les 1-2 ans (suite)

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Étouffements/ suffocations	➢ Utiliser un lit pour enfants fabriqué après septembre 1986, selon les normes de Santé Canada	**À CONSEILLER :** – Utiliser des parcs pour enfants dont les mailles du filet sont de type moustiquaire – Vérifier l'âge recommandé lors de l'achat de jouets – Placer le lit, coffre à jouet, etc. loin des stores – Mettre les sacs à main hors de portée des enfants. – Vérifier régulièrement les jouets et jetez ceux qui sont brisés – Jeter les morceaux de ballons en latex qui ont éclaté et les ballons qui sont dégonflés – Choisir un coffre à jouets muni de trous d'aération – Ranger les sacs de plastique hors de portée des enfants – Enlever les cordons et les cordes sur les objets, les jouets ou les vêtements – Faire porter un cache-col plutôt qu'un foulard – Installer des barrières d'escaliers sécuritaires (espacement réglementaire des ouvertures) – Fixer au mur les étagères, les bibliothèques et les commodes avec une attache – Porter une attention particulière à la présence de petits objets (pièces de monnaie, boutons, jouets, etc.) **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Donner des aliments crus, ronds, ou durs (pommes, carottes, arachides, bonbons, etc.) – Laisser jouer des enfants sous des lits superposés
Noyades	➢ Assurer une présence constante pendant le bain ou la baignade ➢ Installer une clôture de 1,2 mètre de haut (4 pieds et plus) munie d'une porte à fermeture et à verrouillage automatiques autour de la piscine creusée ou sur la promenade adjacente à la piscine hors terre ➢ Faire porter un vêtement de flottaison individuel (VFI) pendant la baignade ou une activité nautique	**À CONSEILLER :** – Utiliser un tapis antidérapant pour baignoire – Vider la pataugeoire et la ranger hors de portée des enfants après usage – Éloigner le filtreur, les jouets ou les meubles des parois de la piscine ou de la clôtures d'isolement – Remonter l'échelle de la piscine – Apprendre à nager aux enfants

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 6 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 3-5 ans

Capacités motrices :

- ➢ Développement très rapide : ils commencent à développer les habilités motrices.
- ➢ Problèmes d'équilibre, maladresses, lenteur de réaction.

Capacités cognitives :

- ➢ Ne peuvent pas différencier précisément la vitesse, force, l'accélération, la distance ou la localisation.
- ➢ Ne peuvent pas mémoriser les règles ; leur champ d'attention est de moins de 10 minutes.
- ➢ Déterminés et impulsifs ; ils ne s'arrêtent pas pour penser avant de passer aux actes.
- ➢ Très curieux, ne connaissent pas la peur.

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Occupants d'un véhicule à moteur ou usager de la route	➢ Utiliser le siège de retenue approprié : • un siège d'enfant, pour les enfants de 10 à 18 kg (22 à 40 livres) et l'installer sur la banquette arrière selon les instructions du fabricant **OU** • un siège d'appoint pour les enfants de 18 kg à 27 kg (40 livres à 60 livres) et l'installer sur la banquette arrière selon les instructions du fabricant ➢ Régler l'appuie-tête de manière appropriée ➢ Faire porter un casque de protection pour le vélo	**À CONSEILLER :** – Contacter Transports Canada pour des informations concernant les sièges usagés, cas de rappel ou autres au 1-800-333-0371 – Choisir une bicyclette adaptée à la taille de l'enfant – Accompagner les enfants de moins de 9 ans lors des sorties à bicyclette – Vérifier régulièrement l'état de la bicyclette (mécanique) et des équipements de sécurité (réflecteurs, phares, fanion latéral) – Utiliser les pistes cyclables ou les itinéraires sécuritaires proposés par les écoles – Faire porter des vêtements réfléchissants (piétons, cyclistes) et des équipements protecteurs (gants, genouillères) – Installer des feux de nuit pour le vélo **– À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Asseoir un enfant de 12 ans et moins sur le siège avant d'un véhicule muni ou non de sacs gonflables – Prendre un enfant comme passager sur un VTT, une moto, une motoneige ou un tracteur
Chutes	➢ Installer des loquets aux fenêtres ➢ S'assurer que les équipements et les aires de jeu dans les parcs publics soient conformes à la norme Z-614-98 de l'ACNOR (CSA)	**À CONSEILLER :** – Enlever les tabourets ou les chaises situés près des fenêtres – Enlever tout objet situé près des rampes de balcon – Enlever les petits tapis situés près du haut des escaliers – Installer un éclairage adéquat dans les escaliers – Placer des barrières de sécurité en haut et en bas des escaliers, bien les installer et bien les verrouiller – S'assurer que les équipements et aires de jeu à domicile sont sécuritaires – Utiliser un tapis antidérapant pour la baignoire **À ÉVITER OU PROSCRIRE :** – Laisser dormir ou jouer un enfant de moins de six ans dans la partie supérieure d'un lit superposé – Laisser un enfant monter sur les meubles

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 6: Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 3-5 ans (suite)

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Brûlures	➢ S'assurer que la température de l'eau chaude à la sortie du robinet ne dépasse pas 49° C ➢ Installer des avertisseurs de fumée ➢ Utiliser de la crème solaire UVA et UVB ayant un facteur de protection de 15 ou plus et faire porter un chapeau et des vêtements longs	**À CONSEILLER :** – Utiliser des napperons plutôt qu'une nappe – Tourner les poignées d'ustensiles (poêle, chaudron, etc.) vers l'intérieur et utiliser les ronds arrières – Éloigner l'enfant du four chaud – Vérifier régulièrement le fonctionnement des piles des avertisseurs de fumée – Acheter des briquets protège-enfant – Débrancher les petits appareils électriques – Appliquer de la crème solaire de 15 à 30 minutes avant de sortir, sans oublier le nez, les oreilles, le dessus des pieds et l'arrière des genoux. Répétez régulièrement l'application – Faire porter aux enfants des lunettes de soleil protégeant des rayons ultraviolets – Verser l'eau froide avant l'eau chaude pour le bain – Placer les articles de fumeur hors de portée des enfants – Garder les chandelles allumées hors de portée des enfants – Placer hors de portée les boissons et les aliments chauds – Couvrir les prises électriques – Porter une attention particulière lors de l'utilisation d'un barbecue (charbon de bois ou gaz) en présence des enfants **À ÉVITER OU PROSCRIRE :** – Laisser pendre le fil des petits appareils électriques (fer à repasser, bouilloire, cafetière, etc.) – Laisser les jeunes enfants porter des vêtements de nuit amples comme des tee-shirt d'adulte car ceux-ci peuvent contenir des fibres qui s'enflamment facilement (coton, acrylique, satin) – L'exposition au soleil de 11 h à 15 h
Intoxications	➢ Installer des avertisseurs de monoxyde de carbone ➢ Utiliser des contenants avec bouchon protège-enfants ➢ Installer des loquets aux portes des armoires ➢ Afficher le numéro de téléphone du Centre anti-poison près du téléphone : 1-800-463-5060	**À CONSEILLER :** – En l'absence de contenant protège-enfants, conserver les médicaments, l'alcool, les cosmétiques et les produits d'entretien domestique dans leur contenant d'origine et hors de portée des enfants – Porter attention à certains produits cosmétiques, tels dissolvant pour vernis à ongles, lotion épilatoire, permanente et teinture pour les cheveux – Mettre les sacs à main hors de portée des enfants – Vérifier la toxicité des plantes de maison et éliminer les dangereuses – Utiliser, pour les enfants de 2 ans et plus, un insectifuge contenant moins de 10% de DEET, et ne pas dépasser trois applications par jour

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 6 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 3-5 ans (suite)

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Étouffements/ Suffocations		**À CONSEILLER :** – Vérifier l'âge recommandé lors de l'achat de jouets – Jetez les morceaux de ballons en latex qui ont éclaté et les ballons qui sont dégonflés – Ranger les sacs de plastique hors de portée des enfants – Retirer les cordons et les cordes des vêtements des enfants – Faire porter un cache-col plutôt qu'un foulard – Fixer au mur les étagères, les bibliothèques et les commodes avec une attache – Porter une attention à la présence de petits objets (pièces de monnaie, boutons, jouets, etc.) **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Laisser jouer des enfants sous des lits superposés – Laisser jouer des enfants dans des tunnels creusés dans la neige – Donner des aliments crus, ronds ou durs (pommes, carottes, arachides, bonbons, etc.)
Noyades	➢ Installer une clôture de 1,2 mètre de haut (4 pieds et plus) munie d'une porte à fermeture et à verrouillage automatiques autour de la piscine creusée ou sur la promenade adjacente à la piscine hors terre ➢ Faire porter un vêtement de flottaison individuel (VFI) pendant la baignade ou une activité nautique ➢ Assurer une présence constante pendant le bain ou la baignade	**À CONSEILLER :** – Utiliser un tapis antidérapant pour baignoire – Vider la pataugeoire et la ranger hors de portée des enfants après usage – Éloigner le filtreur, les jouets ou les meubles des parois de la piscine ou de la clôture d'isolement – Remonter l'échelle de la piscine – Apprendre à nager aux enfants

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 7 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 6-9 ans

Capacités motrices :

- ➢ Les enfants apprennent à se servir de leurs muscles pendant cette phase de croissance qui est à la fois lente et continue.
- ➢ Les enfants commencent à essayer les tâches plus complexes.
- ➢ Mauvaise coordination visuelle manuelle qui s'améliore lentement avec l'âge et la pratique.

Capacités cognitives :

- ➢ Les enfants pensent détenir de plus grandes habiletés physiques et cognitives que celles qu'ils possèdent vraiment.
- ➢ Leurs champs attention sont de 12 à 14 minutes.
- ➢ L'habilité de faire un triage à partir de caractéristiques semblables est en train de se développer.
- ➢ Ils veulent accompagner les adultes, mettre à l'épreuve leurs habilités et essayer de réaliser de nouvelles tâches.
- ➢ Ils n'assument pas leurs responsabilités. Il leur arrive rarement de compléter de façon satisfaisante la tâche assignée.

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Occupants d'un véhicule à moteur ou usager de la route	➢ Utiliser le siège de retenue approprié: • un siège d'appoint, pour les enfants de 18 kg à 27 kg (40 livres à 60 livres) et l'installer sur la banquette arrière selon les instructions du fabricant **OU** • si l'enfant pèse plus de 27kg (60 livres), l'asseoir sur la banquette arrière et utiliser la ceinture de sécurité ➢ Régler l'appuie-tête de manière appropriée ➢ Faire porter un casque de protection pour le vélo	**À CONSEILLER :** – Contacter Transports Canada pour des informations concernant les sièges usagés, cas de rappel ou autres au 1-800-333-0371 – Choisir une bicyclette adaptée à la taille de l'enfant – Accompagner les enfants de moins de 9 ans lors des sorties à bicyclette – Vérifier régulièrement l'état de la bicyclette (mécanique) et des équipements de sécurité (réflecteurs, phares, fanion latéral) – Traverser la rue aux intersections – Utiliser les pistes cyclables ou les itinéraires sécuritaires proposés par les écoles – Installer des feux de nuit sur le vélo – Faire porter des vêtements réfléchissants (piétons, cyclistes) et des équipements protecteurs (gants, genouillères) **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Asseoir un enfant de 12 ans et moins sur le siège avant d'un véhicule muni ou non de sacs gonflables – Prendre un enfant comme passager sur un VTT, une moto, une motoneige ou un tracteur – Laisser conduire une mobylette, une motoneige, un VTT, un tracteur ou un tracteur à gazon par un enfant de moins de 14 ans
Chutes	➢ S'assurer que les équipements et les aires de jeu dans les parcs publics soient conformes à la norme Z-614-98 de l'ACNOR (CSA)	**À CONSEILLER :** – Enlever les petits tapis situés près du haut des escaliers – Installer un éclairage adéquat dans les escaliers –Utiliser un tapis antidérapant pour la baignoire –S'assurer que les équipements et aires de jeu à domicile sont sécuritaires

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 7 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 6-9 ans (suite)

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Brûlures	➢ S'assurer que la température de l'eau chaude à la sortie du robinet ne dépasse pas 49° C ➢ Installer des avertisseurs de fumée ➢ Utiliser de la crème solaire UVA et UVB ayant un facteur de protection de 15 ou plus et faire porter un chapeau et des vêtements longs	**À CONSEILLER :** – Vérifier régulièrement le fonctionnement des piles des avertisseurs de fumée – Appliquer de la crème solaire de 15 à 30 minutes avant de sortir, sans oublier le nez, les oreilles, le dessus des pieds et l'arrière des genoux. Répétez régulièrement l'application – Faire porter aux enfants des lunettes de soleil protégeant des rayons ultraviolets – Verser l'eau froide avant l'eau chaude pour le bain – Placer les articles de fumeur hors de portée des enfants – Garder les chandelles allumées hors de portée des enfants – Porter une attention particulière lors de l'utilisation d'un barbecue (charbon de bois ou gaz) en présence des enfants **À ÉVITER OU PROSCRIRE :** – Laissez les jeunes enfants porter des vêtements de nuit amples comme des tee-shirt d'adulte car ceux-ci peuvent contenir des fibres qui s'enflamment facilement (coton, acrylique, satin) – L'exposition au soleil de 11 h à 15 h
Intoxications	➢ Installer des avertisseurs de monoxyde de carbone ➢ Utiliser des contenants avec bouchon protège-enfants ➢ Afficher le numéro de téléphone du Centre anti-poison près du téléphone : 1-800-463-5060	**À CONSEILLER :** – En l'absence de contenant protège-enfants, conserver les médicaments, l'alcool, les cosmétiques et les produits d'entretien domestique dans leur contenant d'origine et hors de portée des enfants – Utiliser, pour les enfants de 2 ans et plus, un insectifuge contenant moins de 10% de DEET, et ne pas dépasser trois applications par jour
Étouffements/ Suffocations		**À CONSEILLER :** – Retirer les cordons et les cordes sur les vêtements des enfants – Faire porter un cache-col plutôt qu'un foulard – Fixer au mur les étagères, les bibliothèques et les commodes avec une attache

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 7 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 6-9 ans (suite)

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Noyades	➢ Installer une clôture de 1,2 mètre de haut (4 pieds et plus) munie d'une porte à fermeture et à verrouillage automatiques autour de la piscine creusée ou sur la promenade adjacente à la piscine hors terre ➢ Faire porter un vêtement de flottaison individuel (VFI) pendant la baignade ou une activité nautique ➢ Assurer une présence constante pendant la baignade	**À CONSEILLER :** – Utiliser un tapis antidérapant pour baignoire – Éloigner le filtreur, les jouets ou les meubles des parois de la piscine ou de la clôture d'isolement – Remonter l'échelle de la piscine – Apprendre à nager aux enfants
Sportives	➢ Faire porter un casque et des équipements de protection normalisés (ski, planche à neige, patins à roues alignées, planche à roulette, patinage, hockey, etc.)	**À CONSEILLER :** – Contacter la municipalité pour connaître les endroits où la pratique du patin à roues alignées est permise –S'assurer que l'enfant peut s'arrêter, garder son équilibre et changer de direction avec des patins à roues alignées –Suivre des cours de ski alpin ou de planche à neige –Respecter les règles de conduite propres à l'activité –Utiliser des équipements adaptés à sa taille, à son poids et à son niveau technique –Utiliser des équipements en bon état –S'assurer de la présence d'un adulte en tout temps **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** –Laisser conduire un VTT ou une motoneige par un enfant de moins de 14 ans –Prendre un passager sur un VTT ou une motoneige – Laisser conduire une motomarine par un enfant de moins de 16 ans

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 8 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 10-14 ans

Capacités motrices :

- ➢ Problèmes de maladresse et de coordination accompagnée d'une croissance rapide.
- ➢ Ils commencent à tester les limites de leurs habilités physiques. Ils ne comprennent pas encore que la taille physique ne peut remplacer l'expérience et le jugement.

Capacités cognitives :

- ➢ Les enfants maîtrisent les concepts de mouvement et de direction.
- ➢ Développement de leur capacité d'abstraction.
- ➢ Les enfants se croient immortels. Ils croient que les accidents « n'arrivent qu'aux autres ».
- ➢ Agressivité, propension à prendre des risques et rebelles envers leurs parents.

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Occupants d'un véhicule à moteur et usagers de la route	➢ Utiliser les ceintures de sécurité ➢ Régler l'appuie-tête de manière appropriée ➢ Faire porter un casque de protection pour le vélo	**À CONSEILLER :** – Choisir une bicyclette adaptée à la taille de l'enfant – Vérifier régulièrement l'état de la bicyclette (mécanique) et des équipements de sécurité (réflecteurs, phares, fanion latéral) – Respecter le Code de la sécurité routière – Utiliser les pistes cyclables ou les itinéraires sécuritaires proposés par les écoles – Traverser la rue aux intersections – Installer des feux de nuit sur le vélo – Faire porter des vêtements réfléchissants (piétons, cyclistes) et des équipements protecteurs (gants, genouillères) – S'assurer, qu'à partir de 14 ans, l'enfant intéressé à utiliser un VTT ou une motoneige suive le cours de formation obligatoire **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Asseoir un enfant de 12 ans et moins sur le siège avant d'un véhicule muni ou non de sacs gonflables – Laisser conduire une mobylette, une motoneige, un VTT, un tracteur ou un tracteur à gazon par un enfant de moins de 14 ans – Prendre un enfant comme passager sur un VTT – Laisser un enfant de moins de 12 ans circuler à vélo sur une route de 50Km/h et plus – Laisser un enfant de moins de 16 ans conduire un véhicule à moteur
Chutes	➢ S'assurer que les équipements et les aires de jeu dans les parcs publics soient conformes à la norme Z-614-98 de l'ACNOR (CSA)	**À CONSEILLER :** – Enlever les petits tapis situés près du haut des escaliers – Installer un éclairage adéquat dans les escaliers – Utiliser un tapis antidérapant pour la baignoire – S'assurer que les équipements et aires de jeu à domicile sont sécuritaires

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

Tableau 8 : Développement de l'enfant et prévention des blessures chez les 10-14 ans (suite)

PRINCIPALES BLESSURES	MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES	COMPORTEMENTS SÉCURITAIRES
Brûlures	➢ S'assurer que la température de l'eau chaude à la sortie du robinet ne dépasse pas 49° C ➢ Installer des avertisseurs de fumée ➢ Utiliser de la crème solaire UVA et UVB ayant un facteur de protection de 15 ou plus et faire porter un chapeau et des vêtements longs	**À CONSEILLER :** – Vérifier régulièrement le fonctionnement des piles des avertisseurs de fumée – Appliquer de la crème solaire de 15 à 30 minutes avant de sortir, sans oublier le nez, les oreilles, le dessus des pieds et l'arrière des genoux. Répétez régulièrement l'application – Faire porter aux enfants des lunettes de soleil protégeant des rayons ultraviolets – Porter une attention particulière lors de l'utilisation d'un barbecue (charbon de bois ou gaz) en présence des enfants **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – L'exposition au soleil de 11 h à 15 h
Noyades	➢ Faire porter un vêtement de flottaison individuel (VFI) pendant une activité nautique	**À CONSEILLER :** – Apprendre à nager aux enfants – Utiliser un tapis antidérapant pour baignoire – Suivre un cours de réanimation cardio-respiratoire (RCR)
Sportives	➢ Faire porter un casque et des équipements de protection normalisés (ski, planche à neige, patins à roues alignées, planche à roulette, patinage, hockey, etc.)	**À CONSEILLER :** – Suivre des cours de ski alpin ou de planche à neige – Respecter les règles de conduite propres à l'activité – Utiliser des équipements adaptés à sa taille, son poids et à son niveau technique – Utiliser des équipements en bon état – Contacter la municipalité pour connaître les endroits où la pratique du patin à roue alignées est permise – S'assurer que l'enfant peut s'arrêter, garder son équilibre et changer de direction avec des patins à roues alignées **À ÉVITER OU À PROSCRIRE :** – Laisser conduire un VTT ou une motoneige par un enfant de moins de 14 ans – Laisser conduire une motomarine par un enfant de moins de 16 ans

Sources : Marie-Claire Laurendeau, 1987, Société canadienne de pédiatrie, 1995, MSSS, 1998.

3. BLESSURES SELON LE LIEU DE SURVENUE DE L'ÉVÉNEMENT

3.1 PORTRAIT DES DÉCÈS ET DES HOSPITALISATIONS POUR BLESSURES AU CANADA ET AU QUÉBEC

La présentation des données relatives à la mortalité et à la morbidité au Canada et au Québec porte sur les enfants de 0 à 14 ans. Elles incluent les blessures non intentionnelles qui surviennent lors d'un événement accidentel[5]. Celles-ci sont regroupées selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-9). Cette dernière englobe les catégories suivantes : accidents de circulation impliquant un véhicule routier, chutes accidentelles, accidents provoqués par le feu, submersion, suffocation, accidents de véhicule à moteur hors de la voie publique et autres (machine agricole, agents physiques naturels ou facteurs du milieu, objets tranchants, autres accidents non déterminés).

3.1.1 Décès

CANADA

En 1997, au Canada, les blessures non intentionnelles chez les enfants de 0-14 ans représentent 14 % (n=426) de tous les décès[2]. Plus de garçons que de filles décèdent par blessures, mais cette différence tend à diminuer depuis quelques années. Pour ce qui est de l'ensemble des enfants de 0-14 ans, les blessures liées aux **véhicules routiers** (occupants d'un véhicule à moteur, piétons et cyclistes) représentent la première cause de décès au Canada (47 %), suivies des blessures d'origine sportive avec 18 % (figure 2).

Chez les moins d'un an, la première cause de décès est **l'étouffement/suffocation** avec 46 % des cas (figure 3). Les deux tiers de décès par étouffement sont liés à l'absorption d'aliment tandis que le tiers restant survient dans un lit ou dans un berceau. La seconde cause est liée à la route avec 26 % des cas. Le choix inapproprié et l'installation inadéquate des dispositifs de retenue pour jeunes enfants (DRE) dans les véhicules routiers expliquent ce pourcentage élevé. Notons

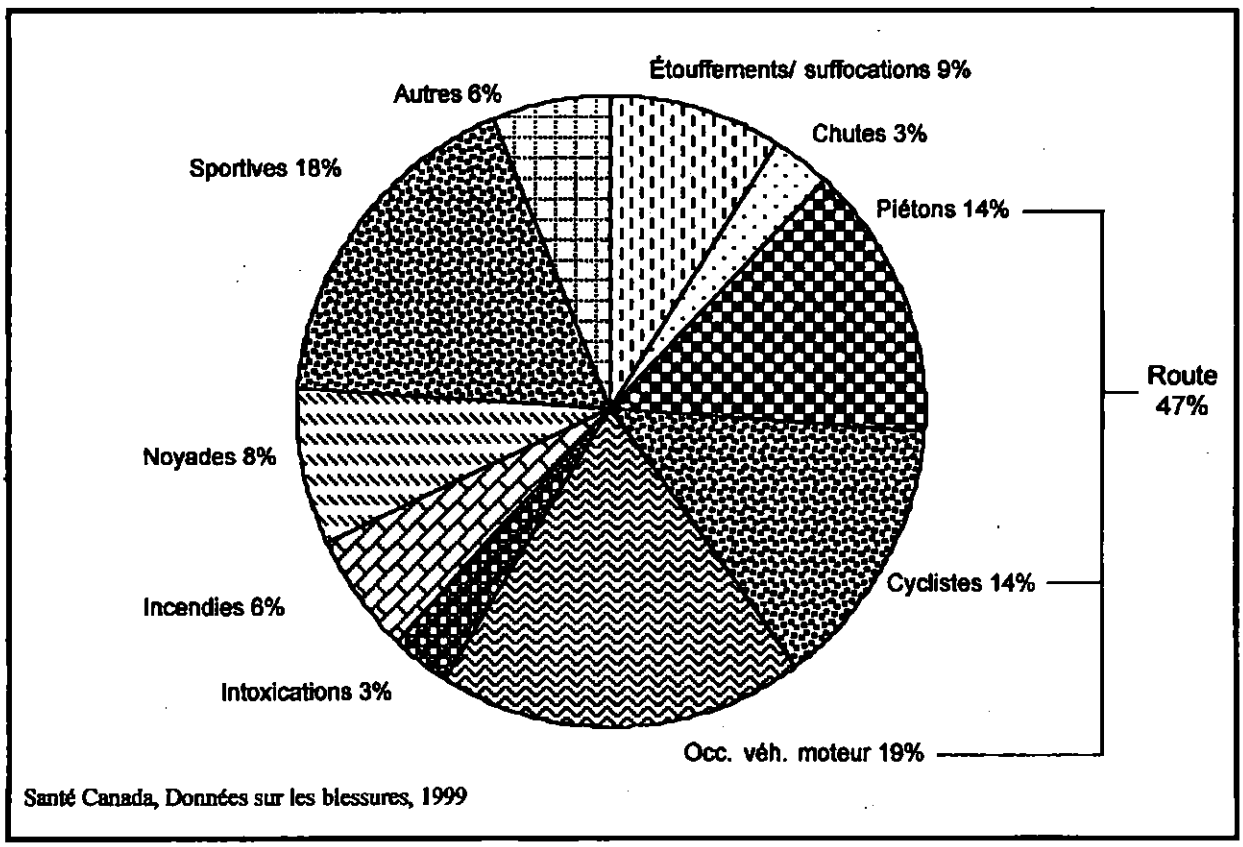
que 8% des décès chez les moins d'un an sont causés par des noyades dont plus des trois quarts se produisent dans une baignoire.

Chez les enfants âgés de 1-4 ans, les décès liés à la route arrivent en première position avec 32% des cas, suivis par les noyades avec 21% (figure 4). Cependant, pour cette tranche d'âge, les noyades surviennent surtout dans la piscine résidentielle (40%) ainsi que dans les rivières et les lacs (45%); les baignoires ne comptent que pour 10% des noyades.

Chez les 5-9 ans, les blessures liées à la **route** constituent encore la première cause de décès avec 46% et les noyades suivent avec 22% (figure 5).

Chez les plus âgés (10-14 ans), les décès de la **route** représentent plus de 47% des décès, suivis par les activités sportives (ski, patin à roues alignées, véhicule hors route [vtt, motoneige, etc.]) avec 18% (figure 6).

Figure 2 : Décès par blessures chez les 0-14 ans, Canada, 1997 (n=426)



Santé Canada, Données sur les blessures, 1999

Figure 3 : Décès par blessures chez les moins d'un an, Canada, 1997 (n=32)

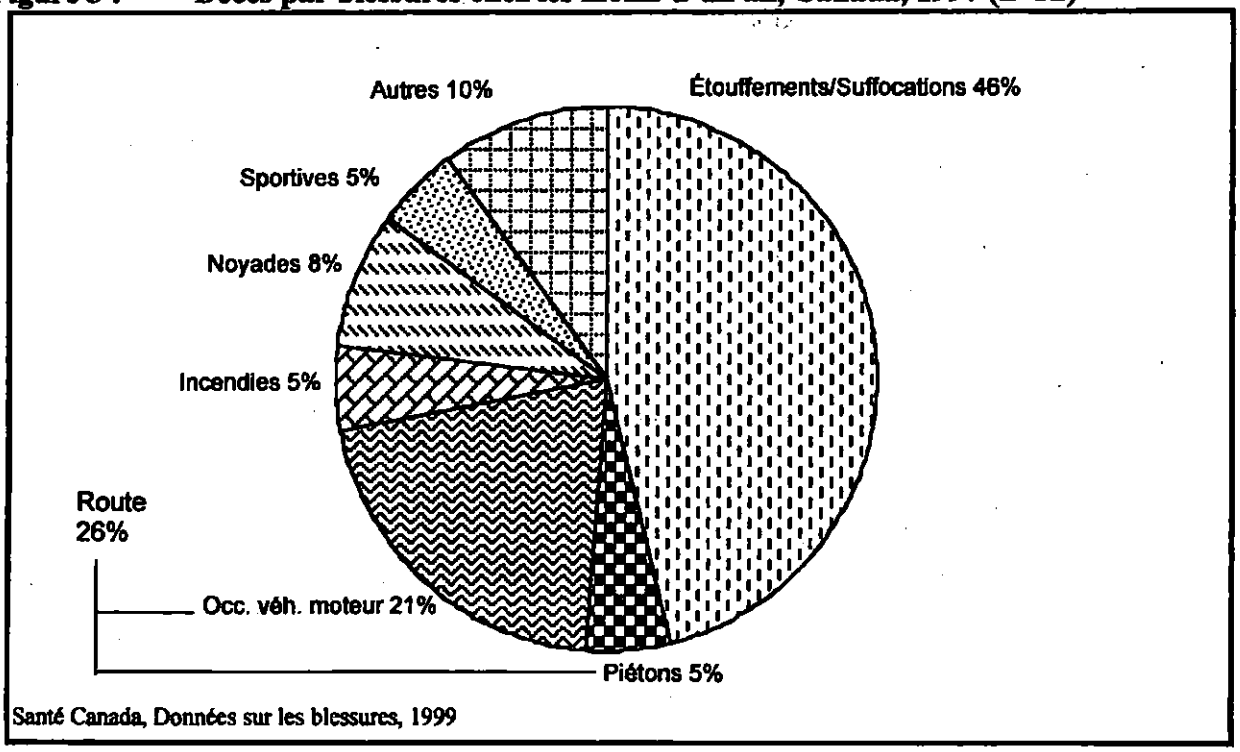


Figure 4 : Décès par blessures chez les 1-4 ans, Canada, 1997 (n=126)

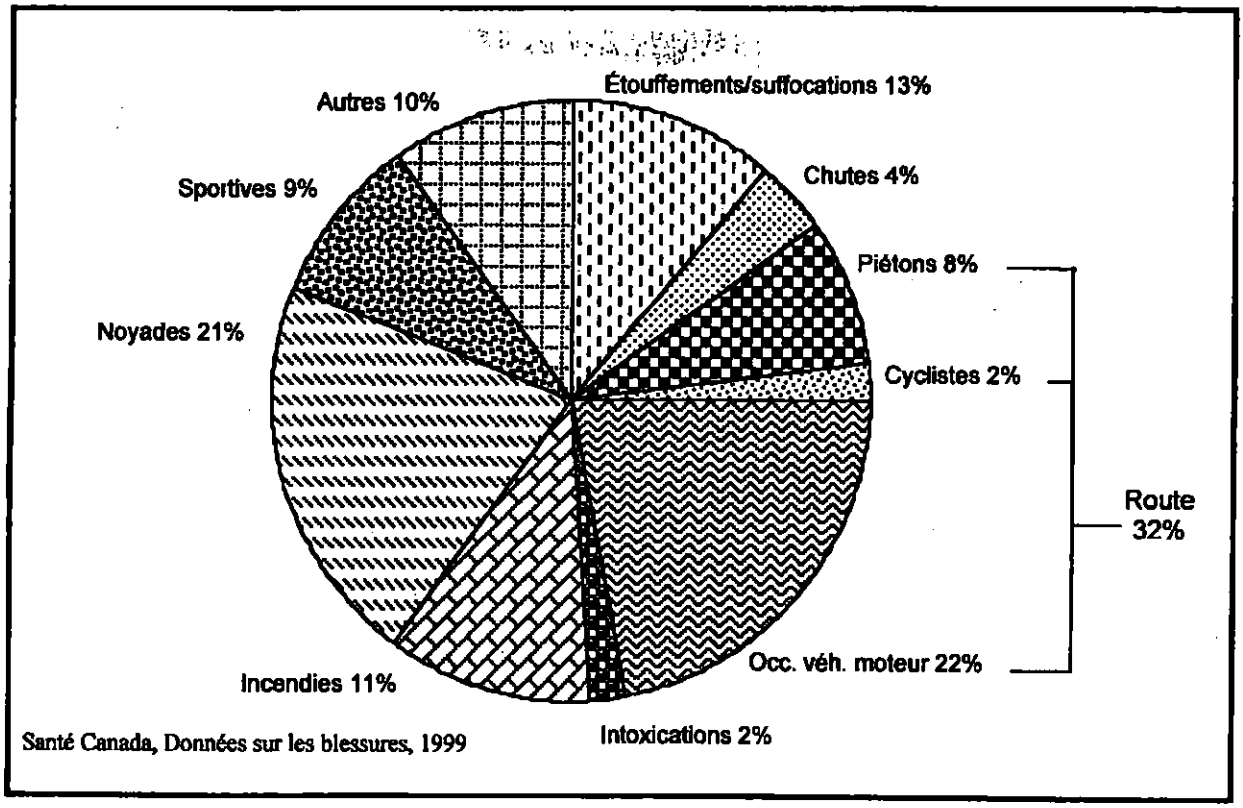


Figure 5 : Décès par blessures chez les 5-9 ans, Canada, 1997 (n=117)

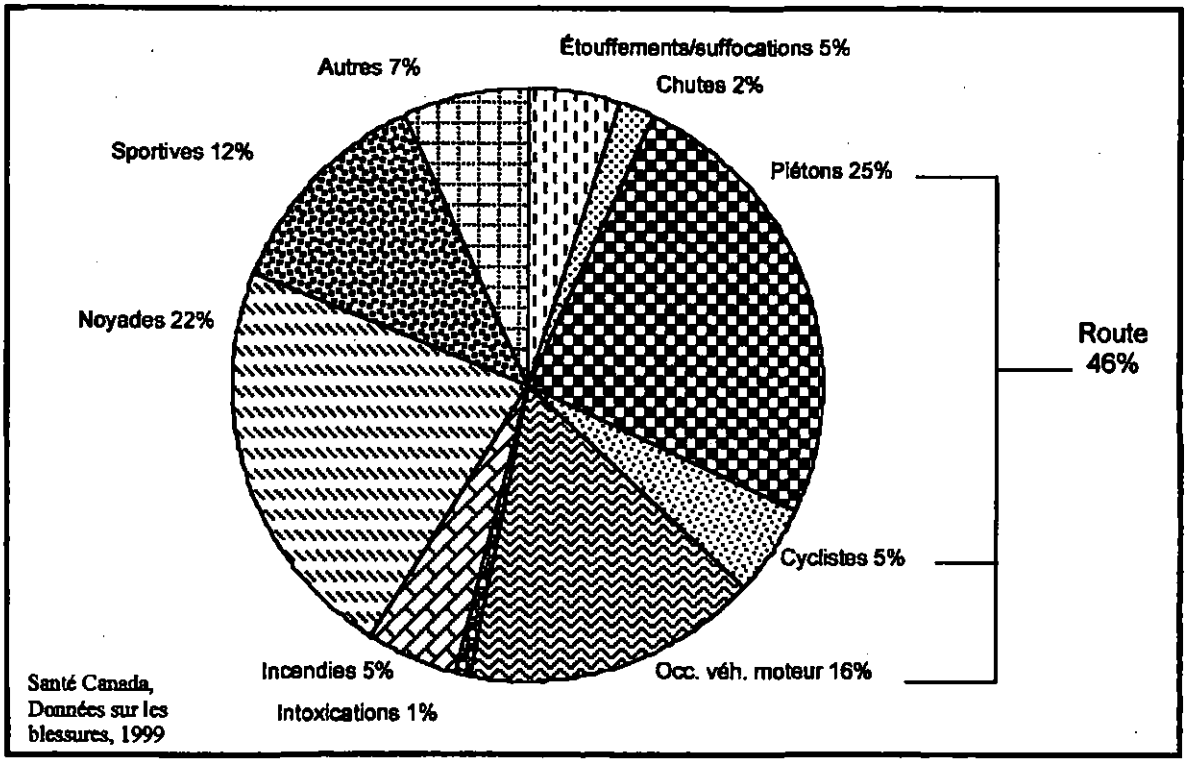
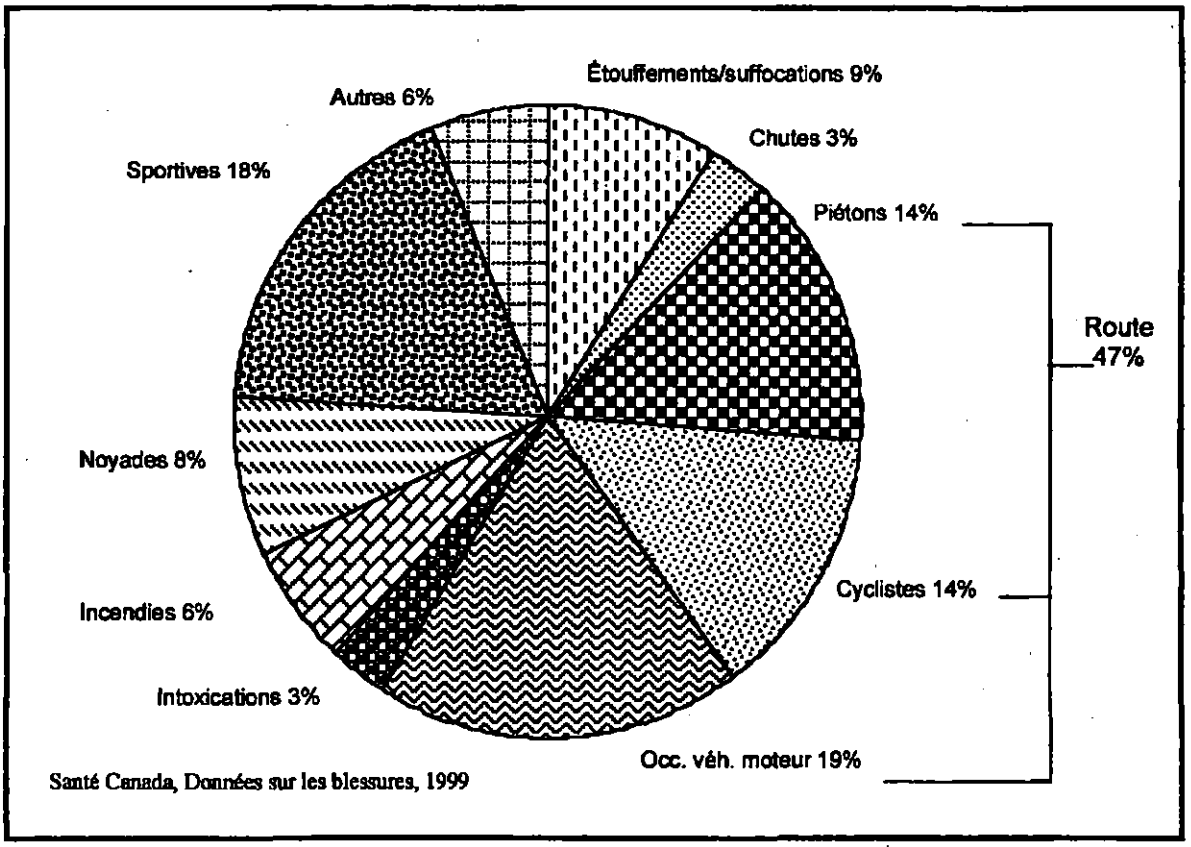


Figure 6 : Décès par blessures chez les 10-14 ans, Canada, 1997 (n=151)

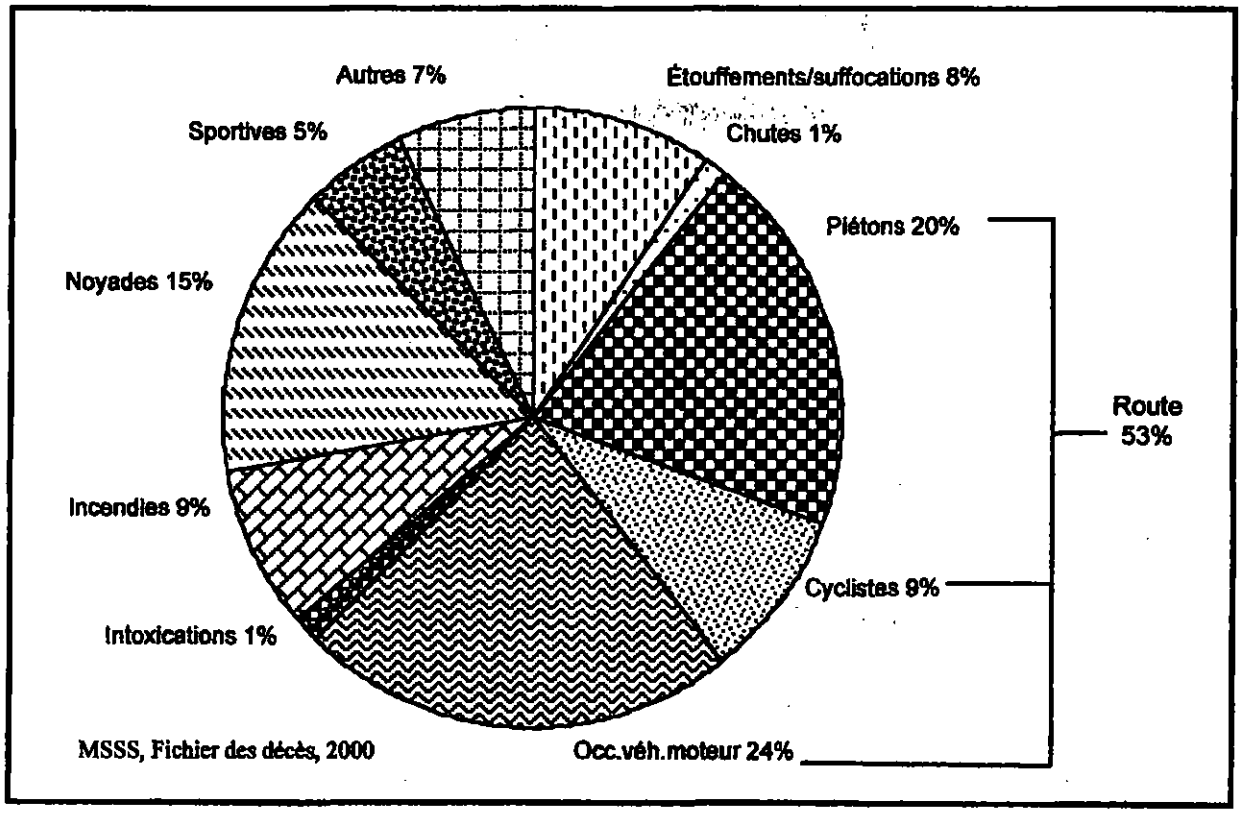


PROVINCE DE QUÉBEC

Au cours de la période 1995-1999[c], les blessures non intentionnelles (excluant les actes médicaux, homicides et suicide) représentent 16% (n=106) de tous les décès de ce groupe d'âge. Au niveau des décès par blessure, les garçons sont plus à risque que les filles. Ce sont les blessures liés à la **route** qui arrivent en première place pour les décès chez les 0-14 ans avec 53%, suivis des noyades qui comptent pour 15% de l'ensemble des décès (figure 7).

Chez les jeunes enfants de 0-4 ans, les blessures liées à la **route** représentent la première cause de décès avec 38%, suivies par les noyades avec 27% (figure 8). Au Québec, contrairement au Canada, la piscine résidentielle occupe le premier rang des lieux de survenue des décès chez les 1-4 ans. Chez les enfants de 5-9 ans, 58% des décès sont attribuables à la **route,** suivis des noyades avec 10% (figure 9) . Quand aux 10-14 ans, la situation est similaire avec 59% pour la **route** et 9% pour les noyades (figure 10).

Figure 7 : Décès par blessures chez les 0-14 ans, Québec, 1995-1999 (n=106 par an)



[c] Les données de décès chez les moins d'un an n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du guide.

Figure 8 : Décès par blessures chez les 0-4 ans, Québec, 1995-1999 (n=34 par an)

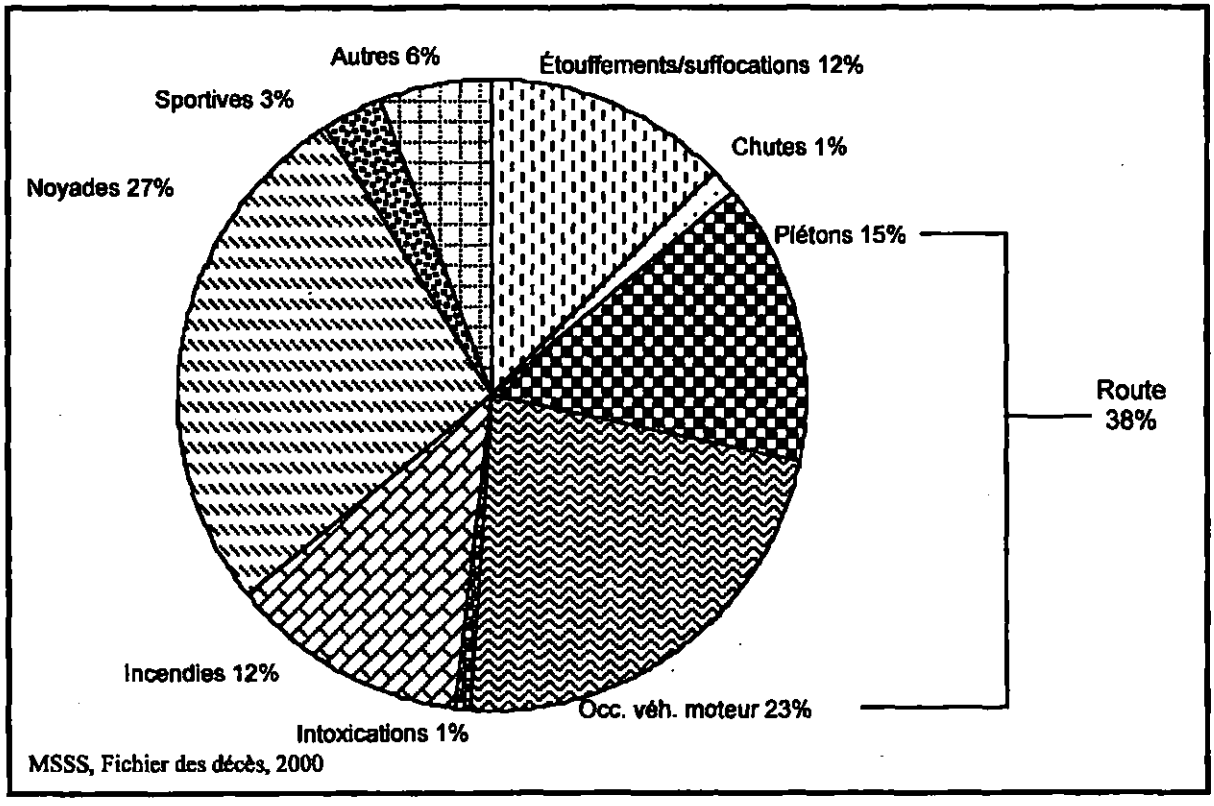


Figure 9 : Décès par blessures chez les 5-9 ans, Québec, 1995-1999 (n=35 par an)

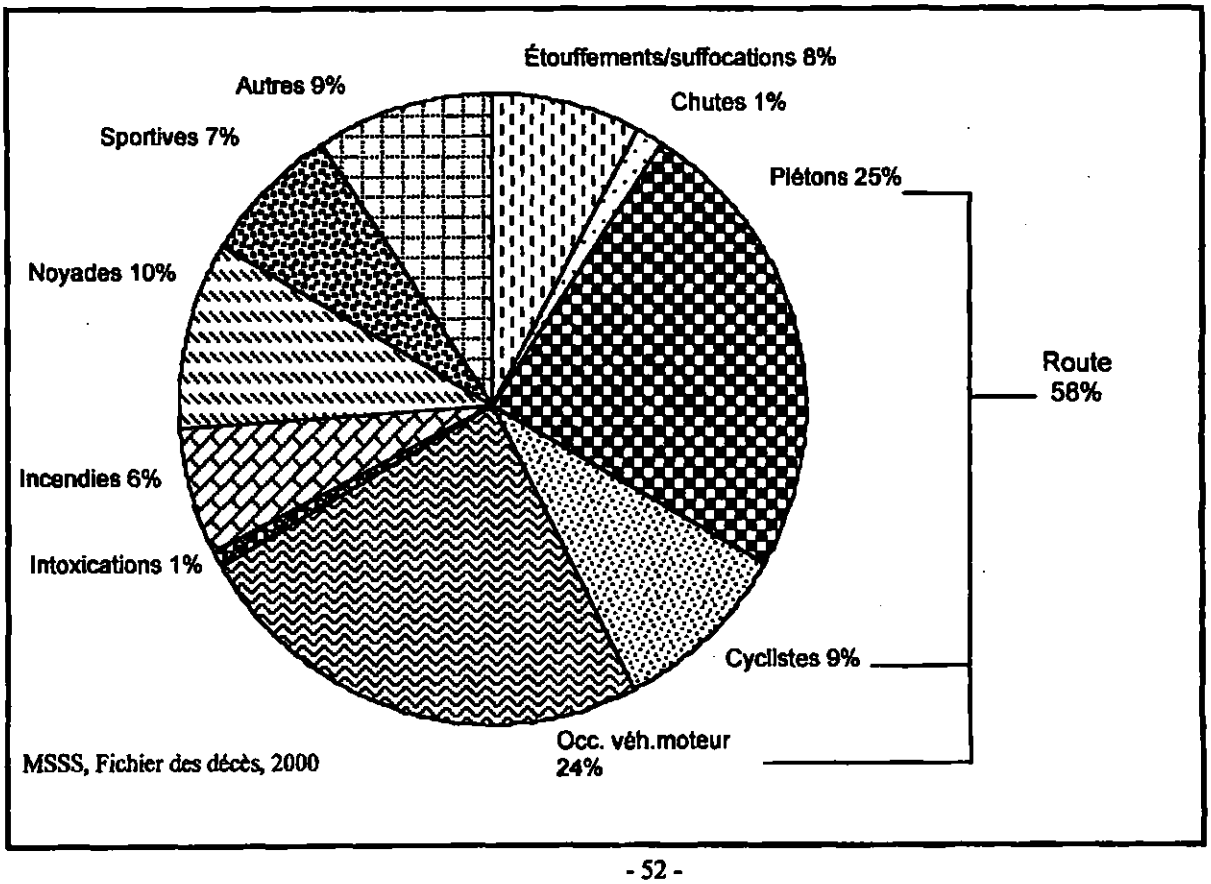
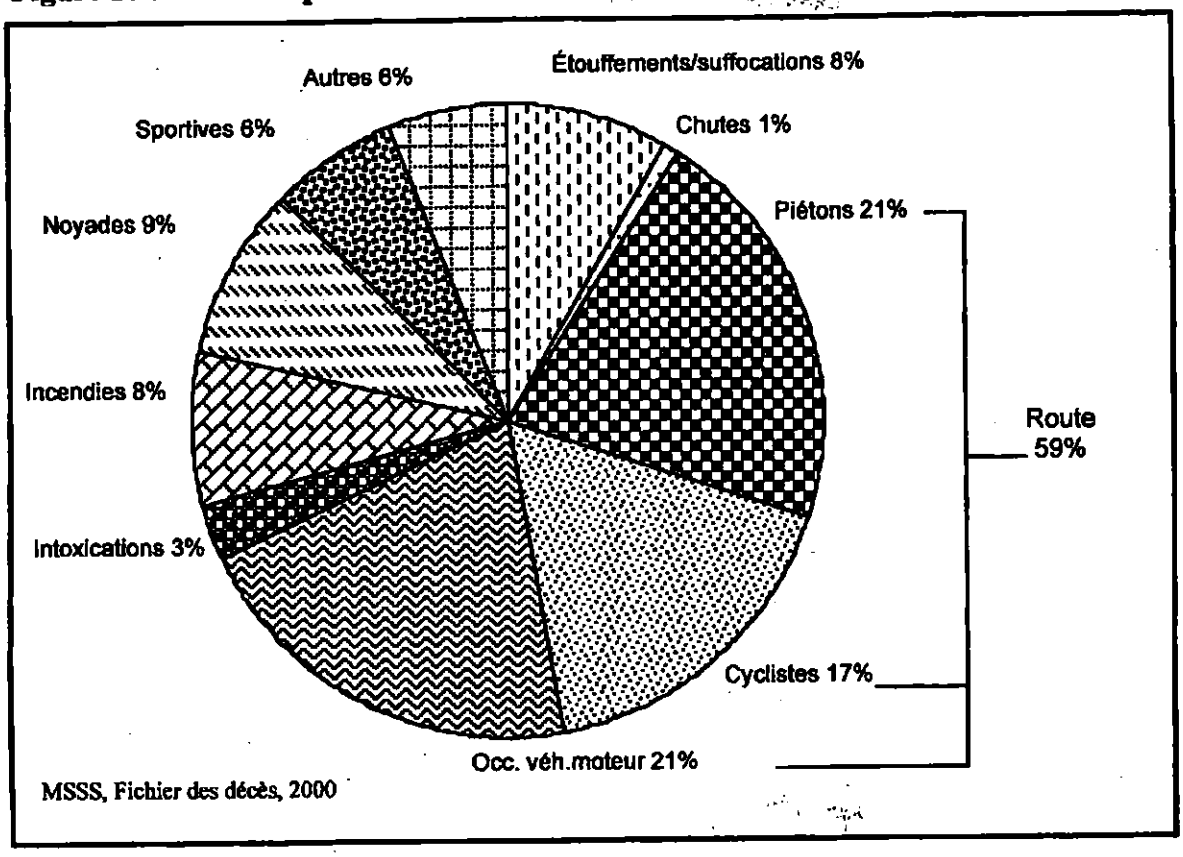


Figure 10 : Décès par blessures chez les 10-14 ans, Québec, 1995-1999 (n=36 par an)



3.1.2 Hospitalisations

CANADA

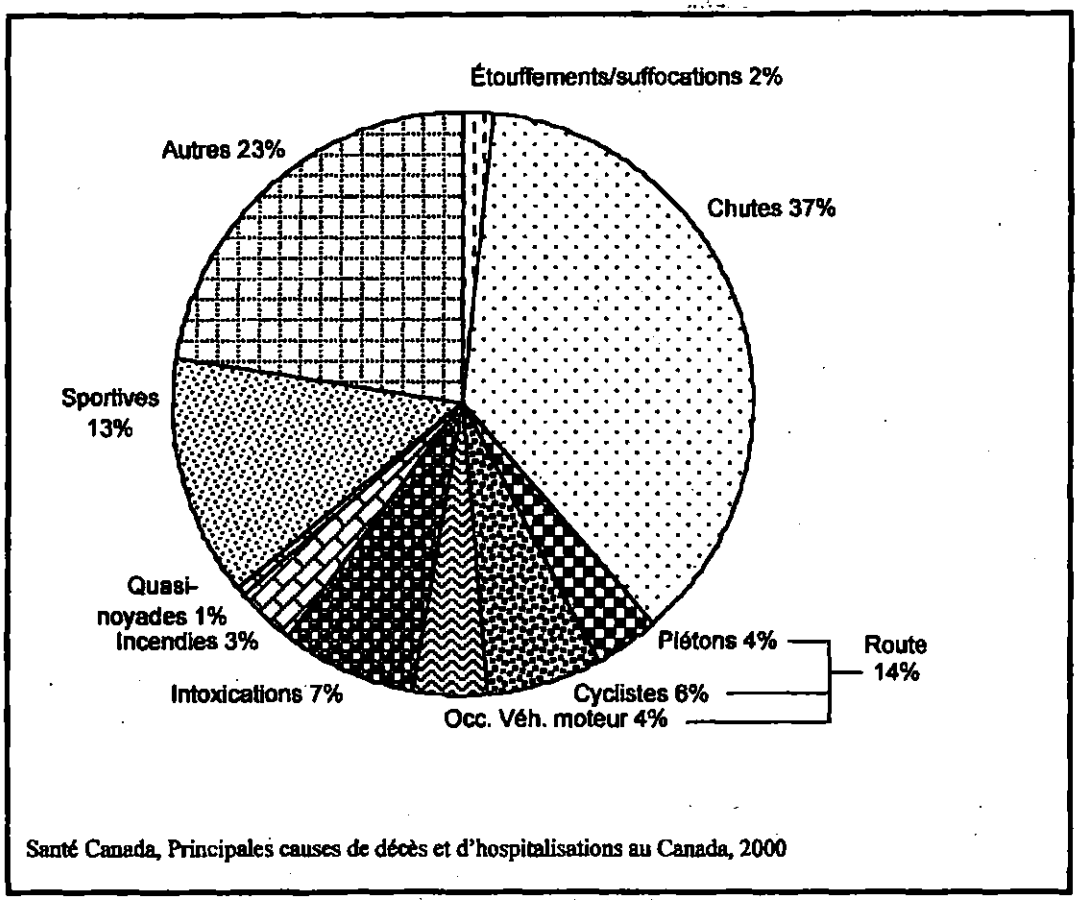
Il y a environ 28 000 hospitalisations pour blessures non intentionnelles par année chez les 0-14 ans au Canada[3]. Pour l'ensemble des enfants de 0 à 14 ans, les **chutes** sont la principale cause d'hospitalisation par blessures avec 37 % des cas et les blessures de la route constituent la seconde cause avec 14 % des cas (figure 11).

Chez les enfants de moins d'un an, les **chutes** représentent 45 % des hospitalisations (figure 12), les étouffements/suffocations comptent pour 9 %, les intoxications et les brûlures pour 8 % chacune.

Chez les 1-4 ans (figure 13), la situation change légèrement : les **chutes** (34 %) conservent la première place, mais les intoxications se hissent en deuxième position avec 19 % des hospitalisations.

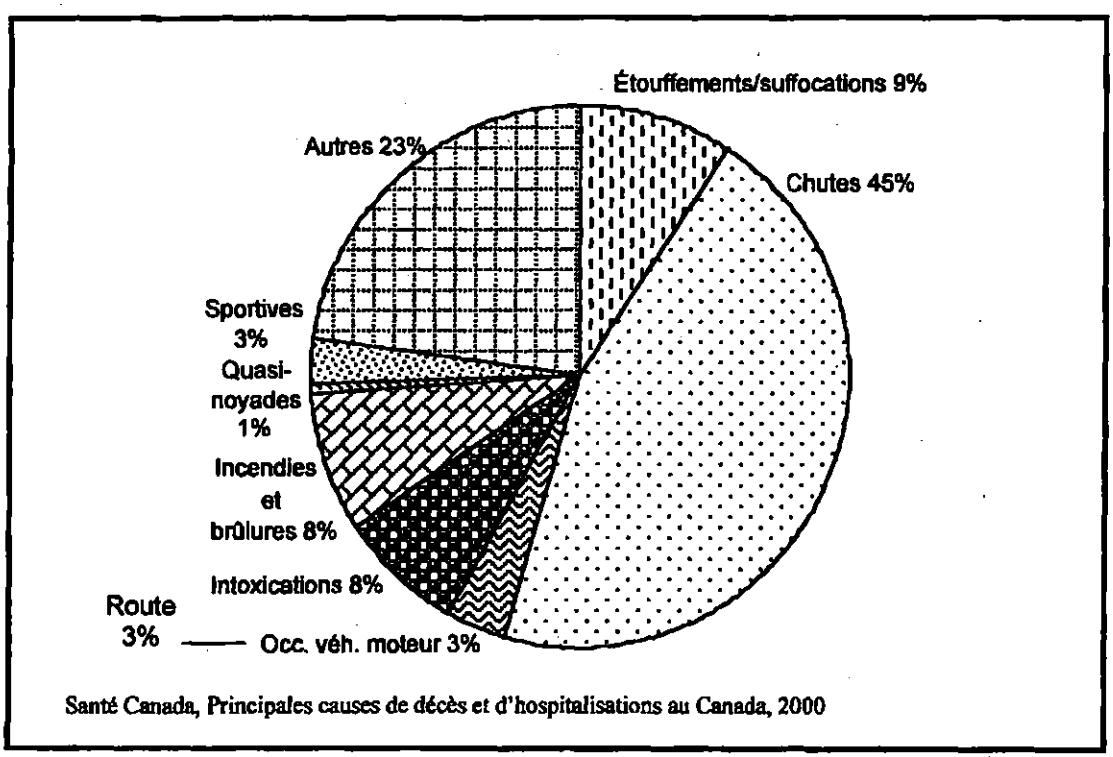
Chez les 5-9 ans (figure 14), les **chutes** sont toujours la principale cause d'hospitalisation avec 44 %, les blessures liées à la route et à des activités sportives suivent avec 16 % chacune. Chez les 10-14 ans (figure 15), les **chutes** arrivent au premier rang avec 31 %, suivies par les blessures d'origine sportives avec 22 %. Notons que chez les enfants âgés de 5 à 14 ans, les blessures liées à l'utilisation du vélo (cyclistes) représentent près de 10 % des hospitalisations.

Figure 11 : Hospitalisations pour blessures chez les 0-14 ans, Canada, 1996-1997 (n=28 027)



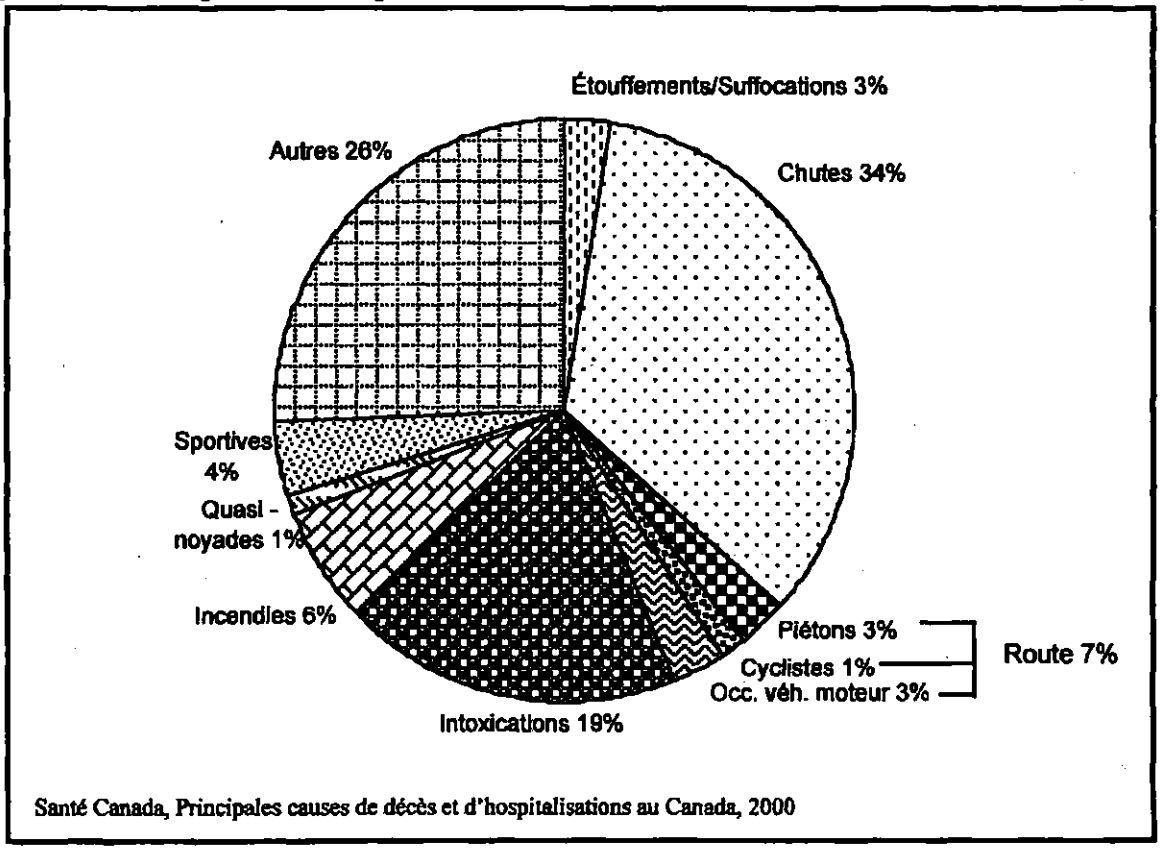
Santé Canada, Principales causes de décès et d'hospitalisations au Canada, 2000

Figure 12 : Hospitalisations pour blessures chez les moins d'un an, Canada, 1996-1997 (n=1687)



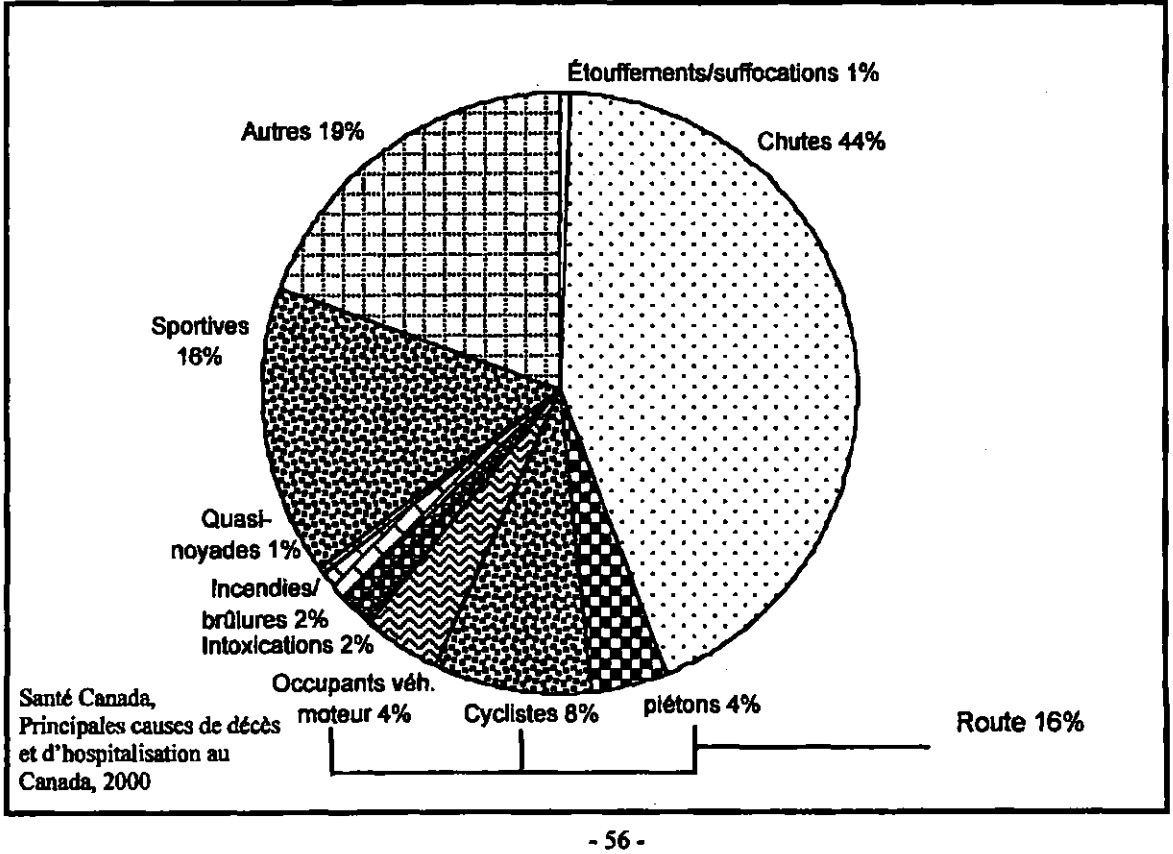
Santé Canada, Principales causes de décès et d'hospitalisations au Canada, 2000

Figure 13 : Hospitalisations pour blessures chez les 1-4 ans, Canada, 1996-1997 (n=8307)



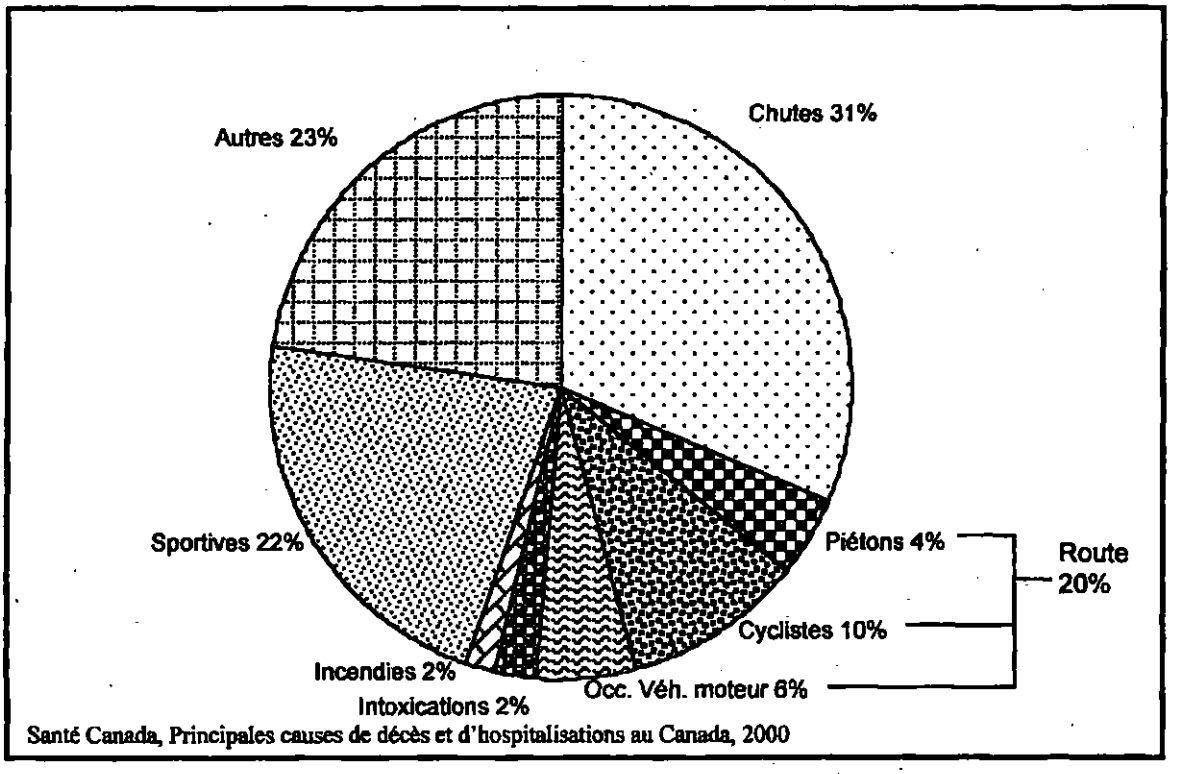
Santé Canada, Principales causes de décès et d'hospitalisations au Canada, 2000

Figure 14 : Hospitalisations pour blessures chez les 5-9 ans, Canada, 1996-1997 (n=8813)



Santé Canada, Principales causes de décès et d'hospitalisation au Canada, 2000

Figure 15 : Hospitalisations pour blessures chez les 10-14 ans, Canada, 1996-1997 (n=9220)



Santé Canada, Principales causes de décès et d'hospitalisations au Canada, 2000

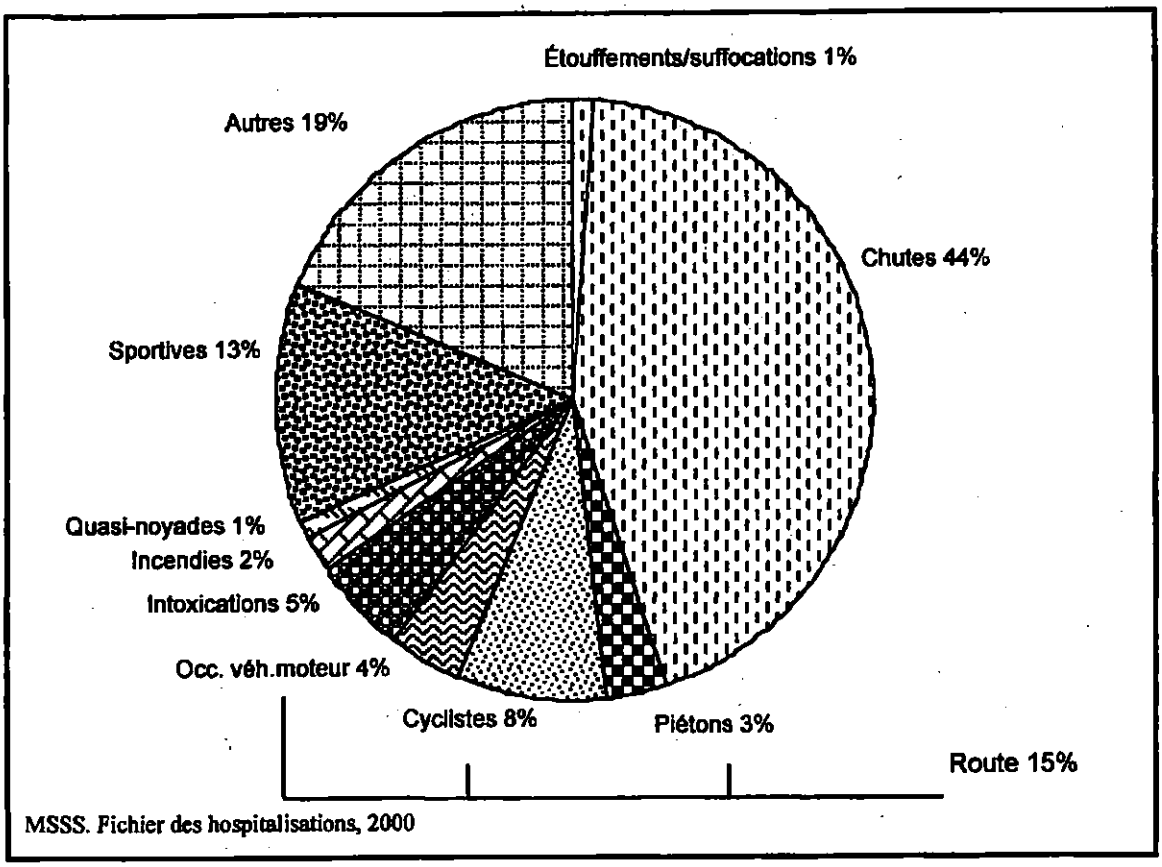
PROVINCE DE QUÉBEC

Annuellement au Québec, il y a environ 7 055 hospitalisations causées par des blessures non intentionnelles chez les 0-14 ans. Il s'agit de la troisième cause d'hospitalisation après les maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif[5]. Les **chutes** sont la principale cause d'hospitalisations pour blessures chez les 0-14 ans avec 44 % et les blessures d'origine sportive comptent pour 13 % (figure 16).

Les **chutes** représentent 69 % des hospitalisations chez les moins d'un an (figure 17). Chez les 1-4 ans, les **chutes** représentent toujours la première cause d'hospitalisation avec 39 % et les intoxications comptent pour 15 % (figure 18). La catégorie des autres causes (24 %) englobe principalement les blessures liées à des pénétrations accidentelles et à des agents naturels (morsures d'animaux, piqûres d'insectes, chaleur, froid, etc.).

Chez les 5-9 ans (figure 19), les principales blessures entraînant une hospitalisation sont causées par les **chutes** avec 42 % et les blessures lors d'activités sportives comptent pour 16 %. Il s'agit principalement de chutes à partir d'un équipement de terrain de jeu. Chez les 10-14 ans, la situation est similaire avec respectivement 37 % et 17 % (figure 20). Près du quart des hospitalisations pour blessures s'expliquent par d'autres causes (24 %), principalement l'environnement (SAU), les chocs passifs ou actifs et les objets ou instruments tranchants.

Figure 16 : Hospitalisations pour blessures chez les 0-14 ans, Québec, 1995-1999 (n=7055 par an)



MSSS. Fichier des hospitalisations, 2000

Figure 17 : Hospitalisations pour blessures chez les moins d'un an, Québec, 1995-1999 (n=405 par an)

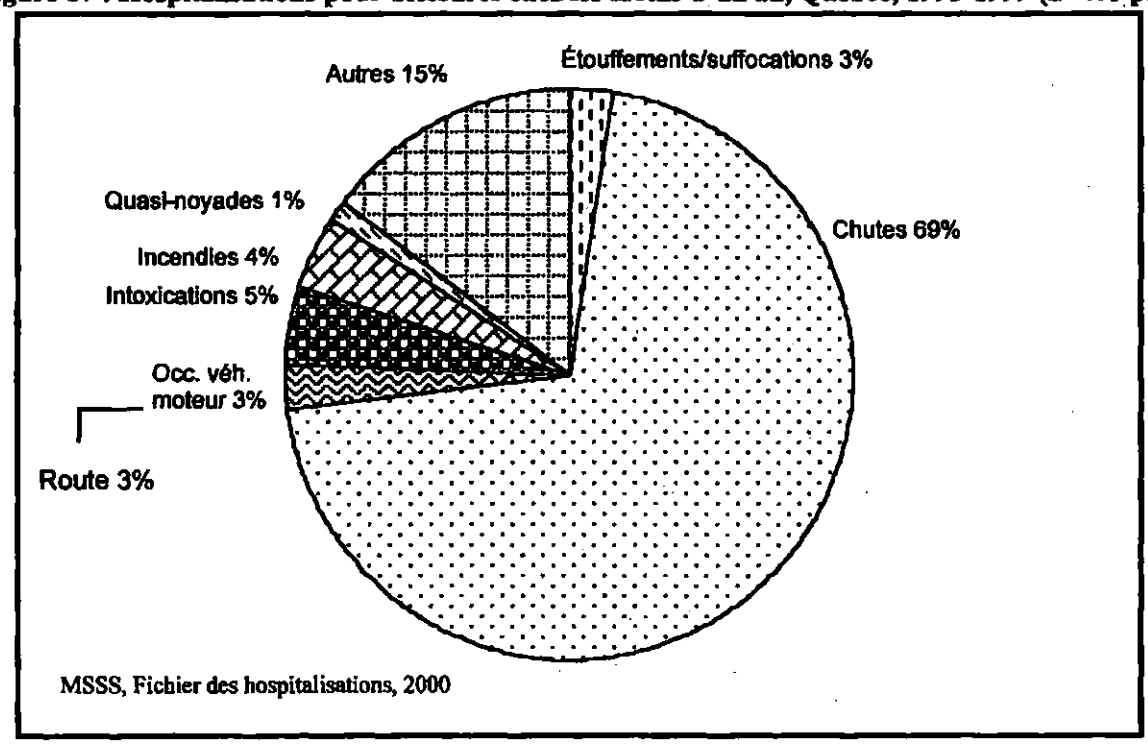


Figure 18 : Hospitalisations pour blessures chez les 1 - 4 ans, Québec, 1995-1999 (n=1900 par an)

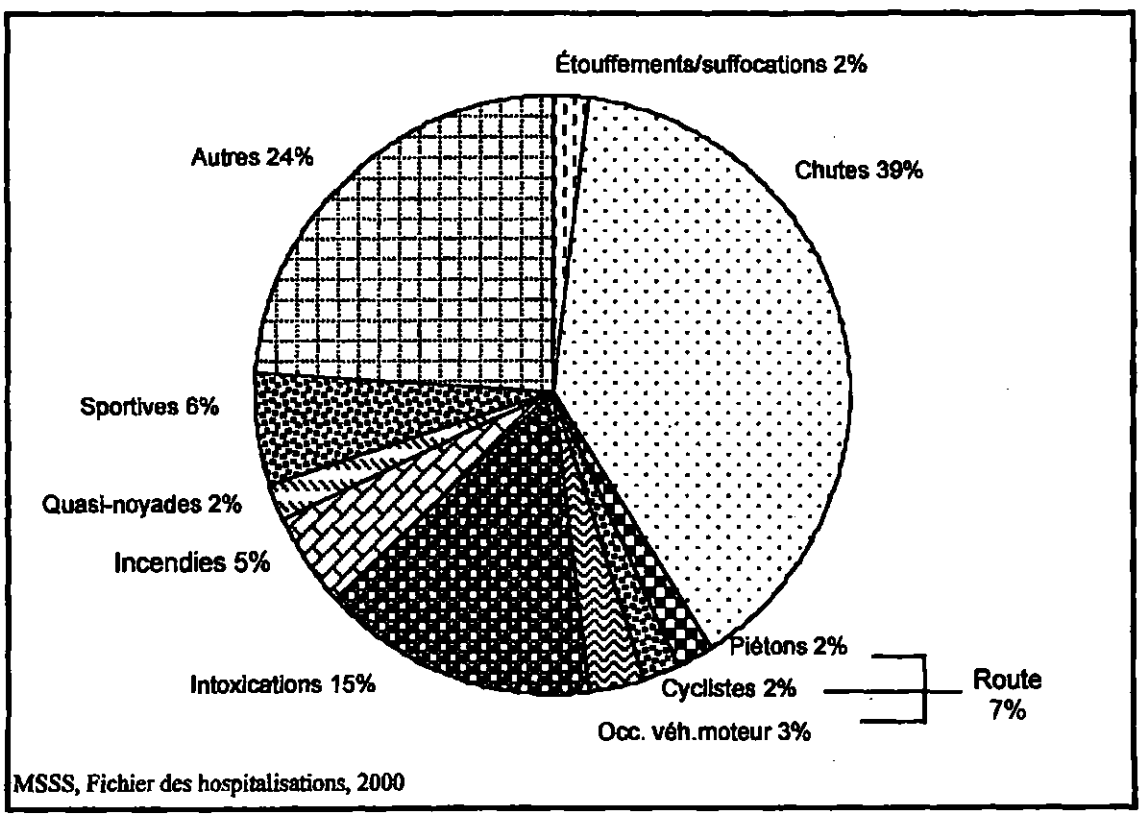


Figure 19 : Hospitalisations pour blessures chez les 5 - 9 ans, Québec, 1995-1999 (n=2250 par an)

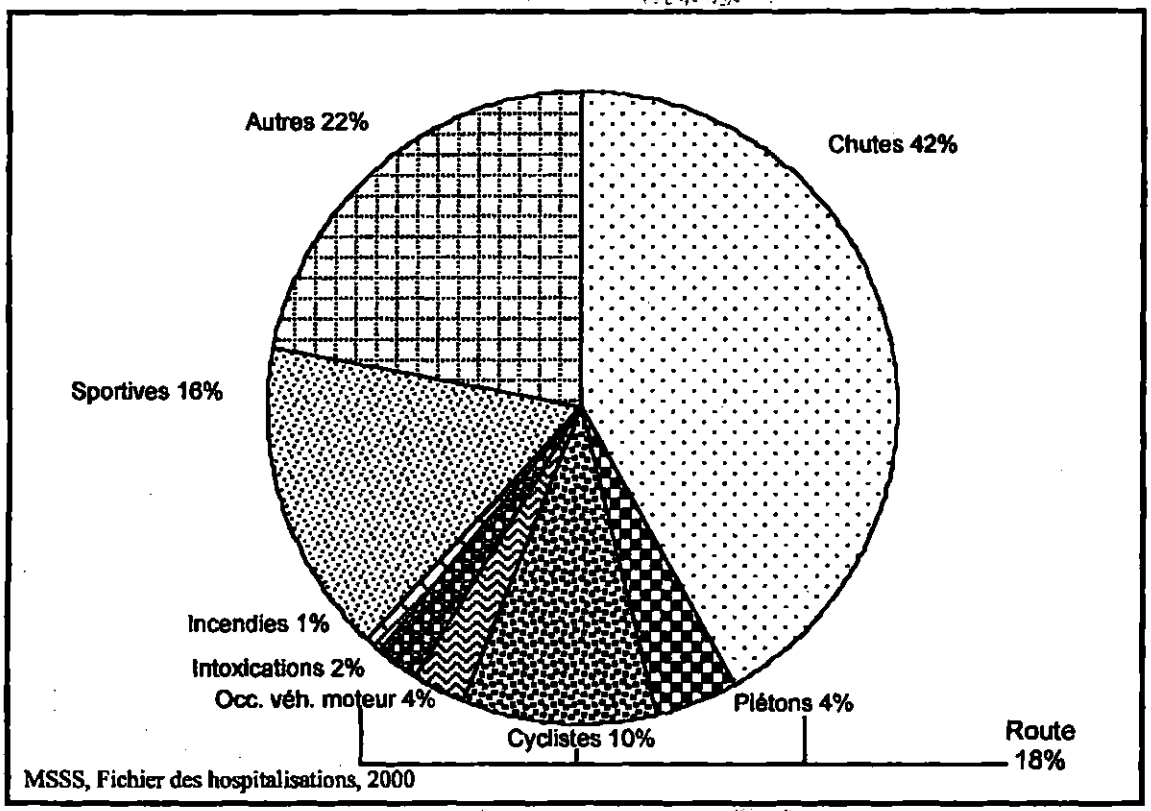
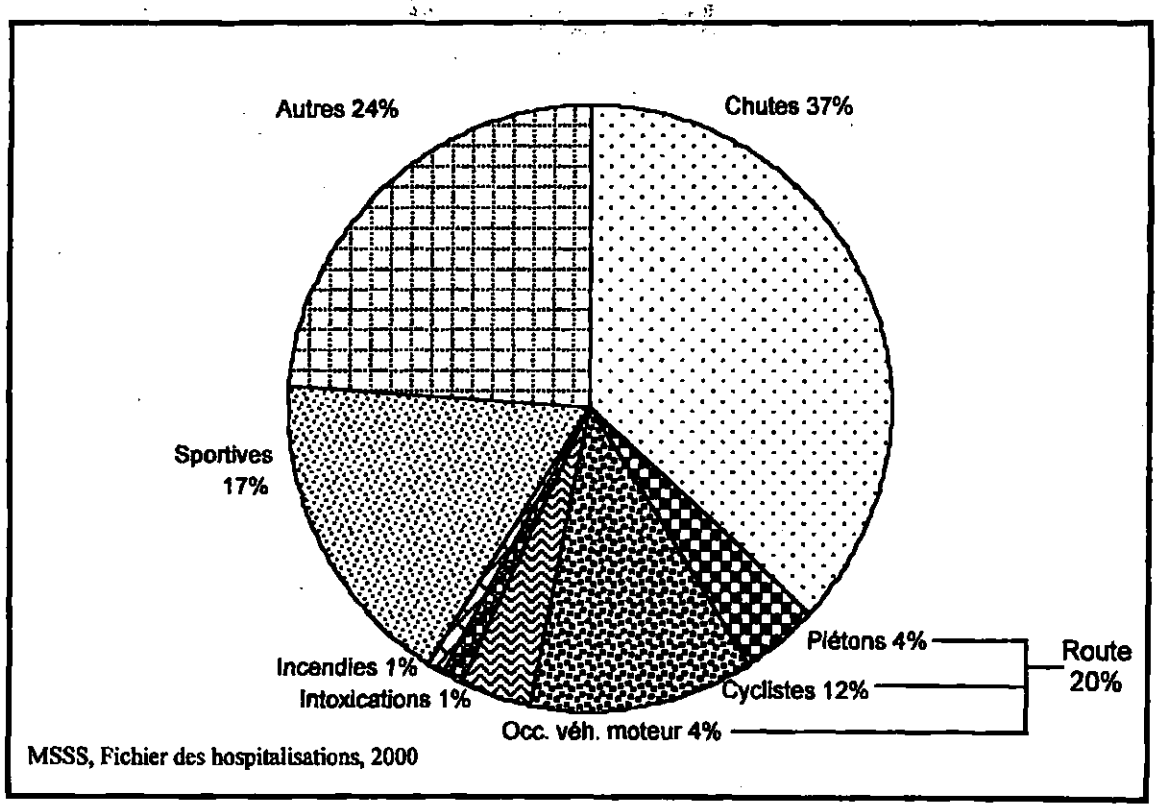


Figure 20 : Hospitalisations pour blessures chez les 10 - 14 ans, Québec,1995-1999 (n=2500 par an)





ROUTE

3.2 ROUTE

Cette section porte sur les blessures chez les occupants de véhicules à moteur, les piétons et les cyclistes. La prévention des blessures chez les occupants de véhicules hors route (VHR) se retrouve à la section sur les activités récréatives et sportives. Les blessures non intentionnelles associées aux tracteurs et aux équipements de ferme sont présentés dans la section portant sur la ferme.

3.2.1 Occupants d'un véhicule à moteur

Les occupants de véhicules à moteur désignent les passagers et les conducteurs. Par véhicules à moteur, nous considérons les automobiles, les camions, les motocyclettes, les cyclomoteurs, les véhicules tout-terrain (VTT et motoneiges) et les véhicules utilisés pour les activités agricoles.

STATISTIQUES

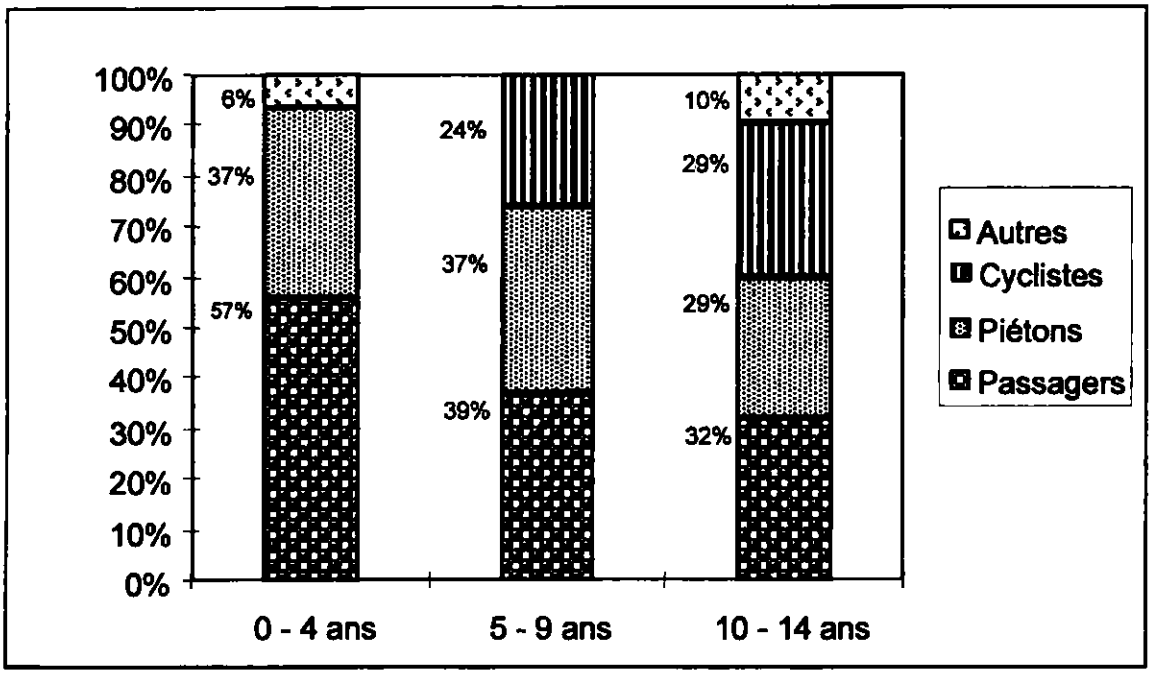
Chez les 0-14 ans, au cours de la période de 1994-1999 (encadré 1), il y a eu en moyenne par année 26 décès, 323 blessés graves (nécessitant une hospitalisation) et 2 645 blessés légers comme occupants de véhicules à moteur au Québec[37].

Selon les données canadiennes du SCHIPRT, les blessures à la tête et au cou sont prédominantes chez les jeunes canadiens occupants de véhicules à moteur. Les enfants âgés de 10 à 14 ans et les garçons sont les plus à risque dans cette catégorie de blessures[4]. Enfin, les figures 21 et 22 montrent que c'est en tant que passagers que les jeunes, âgés de 0 à 14 ans, décèdent ou sont blessés gravement.

Encadré 1 : Faits saillants de la prévention des blessures chez les occupants de véhicules (0-14 ans)

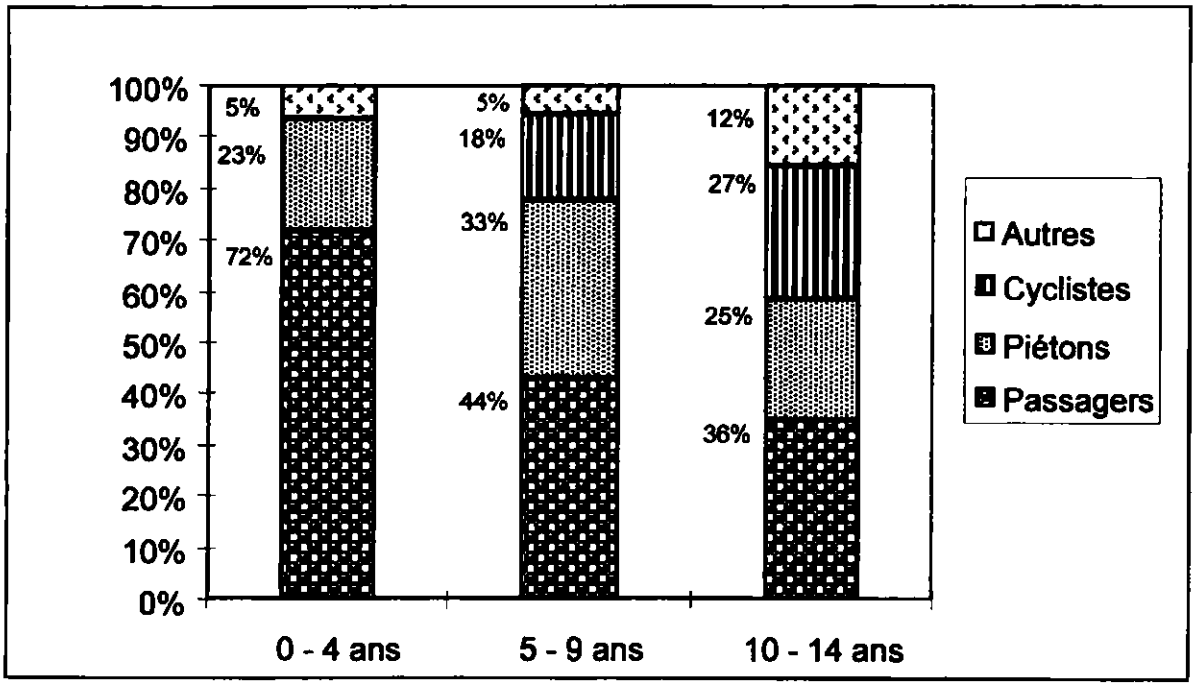
- Principales données
  - ✱ Province de Québec, nombre annuel moyen, 1994-1999 (SAAQ, 2000)
    - 26 décès, 323 blessés graves et 2645 blessés légers chez les 0-14 ans
  - ✱ Canada, base de données SCHIRPT, 1993 (Santé Canada, 1997)
    - Près de 80 % des blessures chez les < 1 an sont localisées à la tête ou au cou
    - Près de 50 % des blessures chez les 1-4 ans sont localisées à la tête ou au cou
    - Moins de 40 % des blessures chez les 5-14 ans sont localisées à la tête ou au cou
  - ✱ Canada, Décès, 1997 (Santé Canada, 1999)
    - Près de 60 % des décès chez les 4 ans et moins sont comme occupants d'un véhicule à moteur
- Problèmes
  - ✱ Utilisation de la banquette avant par des enfants de 12 ans et moins
  - ✱ Sièges inappropriés selon l'âge, la taille et le poids de l'enfant
  - ✱ Mauvaise installation des dispositifs de retenue pour enfant (DRE)
- Mesures préventives efficaces 
  - ✱ Utiliser de manière appropriée les dispositifs de retenue pour enfants jumelés avec la ceinture de sécurité
    - Siège pour les nouveau-nés (0 à 10 kg ou 0 à 22 livres)
    - Siège pour les enfants d'un an à quatre ans (10 à 18 kg ou 22 à 40 livres)
    - Siège d'appoint pour les enfants de quatre à huit ans (18 kg à 27 kg ou de 40 livres à 60 livres)
    - Ceinture de sécurité pour les enfants de plus de 27 kg (60 livres), soit vers l'âge de huit ans
  - ✱ Installer les enfants de 12 ans et moins à l'arrière du véhicule pour éviter que l'ouverture brusque du coussin gonflable à l'avant ne les blessent
  - ✱ Régler l'appuie-tête de manière appropriée
- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

Figure 21 : Pourcentage d'enfants décédés âgés de 0-14 ans selon les catégories d'usagers de la route, Québec, 1994-1999



Source: SAAQ, 2000

Figure 22 : Pourcentage d'enfants blessés gravement âgés de 0-14 ans selon les catégories d'usagers de la route, Québec, 1994-1999



Source: SAAQ, 2000

MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES



À noter cependant qu'aucun enfant de moins de 16 ans ne peut conduire légalement un véhicule à moteur sur la voie publique, exception faite des cyclomoteurs qui peuvent être conduits à 14 ans. Le cyclomoteur est un véhicule de deux ou trois roues équipé d'une transmission automatique et d'un moteur de 50 cm^3 ou moins.

Équipements et comportements

- Dispositif de retenue pour enfants (DRE)



Les sièges d'auto pour les nouveau-nés et les enfants ainsi que les sièges d'appoint utilisés correctement et jumelés à l'utilisation de la ceinture de sécurité sont des équipements sécuritaires efficaces pour la réduction des blessures chez les occupants de véhicules à moteur. Contactez Transports Canada pour des informations concernant les cas de rappel, les sièges usagés ou autres au 1-800-333-0371.

Ils permettent de réduire de 40 % le risque de décès ou de blessures graves[4] en dirigeant la force de l'impact vers les parties du corps les plus résistantes. Selon une enquête canadienne, près de 70 % des parents déclarent posséder un dispositif de retenue dans leur véhicule. Cependant, 58 % de ces dispositifs sont installés de façon appropriée[38]. Au Canada, bien que l'utilisation des dispositifs de retenue pour les enfants de moins de 5 ans soit réglementée, la mauvaise utilisation de ces dispositifs demeure problématique[39, 40]. Au Québec, l'utilisation correcte des sièges d'auto pour les enfants reste faible, soit environ 32 %[41].

Les principaux problèmes relevés lors des enquêtes réalisées au Québec concernent la mauvaise utilisation des harnais d'épaules pour les sièges de nouveau-nés et les sièges d'enfants ainsi que la mauvaise utilisation du baudrier pour les sièges d'appoint et par les enfants âgés de 5 ans à 6 ans ne portant que la ceinture[41]. D'ailleurs, en ce qui a trait aux sièges d'appoint, l'utilisation doit se poursuivre jusqu'à ce que le milieu de l'oreille de l'enfant atteigne le haut de la banquette arrière où jusqu'à ce qu'il pèse plus de 27 kg (60 livres), soit vers l'âge de 5, 6, 7 et même 8 ans.



À partir du moment où l'enfant pèse plus de 27 kg (60 livres), la ceinture de sécurité doit être utilisée.



Il est recommandé d'asseoir les jeunes de 12 ans et moins sur la banquette arrière d'un véhicule muni ou non de coussins gonflables frontaux du côté passager[4].

- Coussin gonflable



Le coussin gonflable est un équipement sécuritaire efficace pour les personnes de 12 ans et plus.

Le coussin gonflable permet de sauver des vies lors de collisions frontales. Selon une étude américaine, il réduit le risque de décès de 23 % à 29 %[42,43]. Toutefois, ce dispositif peut présenter certains risques pour les enfants et les personnes de petite taille lorsqu'elles sont assises sur la banquette avant[44, 45,46].

- Appuie-tête



L'appuie-tête est un équipement sécuritaire efficace pour les occupants situés à l'avant et à l'arrière d'un véhicule à moteur.

Ce dispositif réduit efficacement les blessures au cou. La réduction est de 17 % dans le cas des appuie-têtes fixes (intégrés) et de 10 % pour les appuie-têtes réglables[47].

Toutefois, lorsque celui-ci n'est pas fixe, l'efficacité est fonction du niveau d'ajustement. Le dispositif doit être placé dans une position optimale, c'est-à-dire à moins de 10 centimètres derrière la tête et à moins de 6 centimètres sous le sommet de la tête[48 et 49]. Le milieu de l'appuie-tête doit être placé à la hauteur de la mi-oreille. Une étude américaine montre que lors de collisions frontales, il y a 24 % moins de blessures au cou lorsque la voiture est équipée d'un appuie-tête adéquat[50]. Une autre étude dans l'état de New York montre que, lorsque la position de l'appuie-tête est optimale, le nombre de blessures au cou baisse de 40 % chez les conducteurs de sexe féminin[51].

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Programmes de prévention

- Dispositifs de retenue pour enfants (DRE) et appuie-têtes

Aux États-Unis, notamment dans la région de Boston[23] et de la Caroline du Nord[27], les infirmières, les travailleurs sociaux et les médecins conseillent les parents lors de visite à domicile sur l'importance des sièges pour enfants et la disponibilité de prêt de sièges pour enfants dans les centres hospitaliers.

En Grande-Bretagne, les groupes communautaires de sécurité routière comme « **In-Car Safety** » fournissent des informations sur l'usage adéquat des dispositifs de retenue[16].

Depuis peu, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) a mis en place un programme éducatif sur la sécurité des enfants à bord des automobiles. Ce programme « **Une place pour moi** » est produit à l'intention des intervenants en garderie; il contient des chansons pour les enfants, des suggestions d'activités et des informations pour les parents.

De plus, la SAAQ a élaboré des campagnes de vérification de l'installation des sièges d'auto pour les enfants appelées « **Cliniques de vérification de l'installation des sièges d'auto** ». Celles-ci sont effectuées sur une base volontaire par les CLSC des différentes régions du Québec avec la collaboration des Directions de santé publique des Régies régionales de la santé et des services sociaux et d'autres partenaires (organismes communautaires, services policiers, entreprises commerciales, etc.).

Dans le cas des appuie-têtes, il n'y a pas de programmes de promotion destinés aux enfants. Une recherche de la « Insurance Corporation of British Columbia[50] » a montré que l'intervention par une personne formée à l'ajustement des appuie-têtes est la plus efficace. La diffusion de la technique d'ajustement des appuie-têtes par vidéo n'a pas amené de changements de comportements chez les occupants d'un véhicule à moteur. Cependant, la SAAQ fait la promotion de cette mesure auprès des automobilistes et elle l'intègre dorénavant aux campagnes de vérification des sièges pour les enfants.

3.2.2 Piétons

STATISTIQUES

Environ vingt enfants âgés de moins de 15 ans décèdent comme piéton à chaque année au Québec selon la Société de l'assurance automobile du Québec (encadré 2). Il y a en moyenne 155 blessés graves (impliquant une hospitalisation) et 799 blessés légers. A noter, que les victimes piétons sont celles frappées par un véhicule à moteur sur la voie publique.

Les garçons représentent 61 % de l'ensemble des victimes piétons et ils constituent un groupe plus à risque que celui des filles.

Les principales circonstances de survenue de l'événement sont la traversée de la rue dans un endroit sans signalisation ou sans marquage de la chaussée, la descente ou la montée dans un véhicule et le fait de traverser en diagonale la chaussée. Le principal lieu de survenue de l'événement est hors des intersections.

Les jeunes piétons sont les usagers les plus vulnérables de la route, ils ne sont pas protégés en cas d'impact. Par ailleurs, des mesures touchant l'individu et l'environnement préviennent l'événement ou ses conséquences.

Encadré 2: Faits saillants de la prévention des blessures chez les jeunes piétons (0-14 ans)

- Principales données

  ✷ Province de Québec, nombre annuel moyen, 1994-1999 (SAAQ, 2000)
  - 18 décès, 155 blessés graves et 799 blessés légers chez les 0-14 ans

  ✷ Canada, nombre annuel moyen, 1996-1997 (Santé Canada, 1999)
  - 53 décès, 2475 hospitalisations chez les 0-14 ans

  ✷ Canada, base de données SCHIRPT, 1993 (Santé Canada, 1997)
  - Près de 50 % des blessures chez les 1-4 ans sont localisées à la tête ou au cou
  - Près de 40 % des blessures chez les 5-14 ans sont localisées aux membres inférieurs

- Problèmes

  ✷ Province de Québec, Piétons de 0-14 ans, 1994-1999
  - Traverser la rue sans signal ou chaussée marquée (23 %)
  - Marcher en bordure de la chaussée dans le sens de la circulation (17 %)
  - Traverser en diagonale (12 % des accidents)
  - Traverser à l'encontre de la signalisation (9 % des accidents)

- Mesures préventives efficaces

  - Favoriser la réduction de la limite de vitesse permise dans les zones urbaines
  - Favoriser un aménagement routier permettant la réduction du débit de véhicules
  - Entraîner les enfants à la traversée des rues aux intersections (en classe et sur le terrain)

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

L'aménagement piétonnier avec des équipements adéquats (feux pour piétons, dos d'âne, etc.) et l'adoption de comportements sécuritaires contribuent à prévenir les blessures chez les piétons.

- Réduction de la vitesse permise



La réduction de la vitesse permise pour les véhicules est considérée comme une mesure de prévention efficace.



Indépendamment de l'âge, les piétons impliqués dans un accident sont plus susceptibles de décéder lorsque la vitesse des véhicules est élevée. Si la vitesse permise est fixée à 30 km/h, la probabilité qu'un piéton décède à la suite d'une collision avec un véhicule à moteur est de 5 % alors qu'elle augmente à 45 % si elle est de 50 km/h[55].



La réduction de la vitesse peut être obtenue par une diminution des limites de vitesse permise, par un renforcement de l'application des règlements par les policiers et par de l'information destinée à la population.

Selon une étude anglaise, la réduction de la vitesse des véhicules à moteur à 33 kilomètres à l'heure (20 milles à l'heure) dans certaines zones urbaines a entraîné une baisse de 70 % des blessures chez les jeunes piétons[52].

- Apaisement de la circulation (« Traffic Calming »)



L'aménagement routier et piétonnier sécuritaire est considéré comme une mesure de prévention efficace.

Dans plusieurs pays et plus particulièrement en Europe, il existe des aménagements routiers de type « Traffic Calming » . Ceux-ci ont pour fonction la réduction du nombre de véhicules et de la vitesse. Ces aménagements peuvent être entre autres, la réduction de la largeur de la rue (présence d'îlots), la présence de dos d'âne ou la présence de sens uniques[58].

En Hollande, une étude portant sur une période de 15 ans, a démontré que la présence d'aménagements piétonniers visant à réduire la vitesse (à 30 km/h) et le débit ont diminué de 25 % le nombre de blessés[53].

Toujours en Hollande, la modification de 181 intersections à géométrie standard (en forme de croix) en géométrie de type carrefour giratoire a permis une réduction de 89 % des blessés chez les piétons[54]. Le carrefour giratoire est un aménagement routier d'une voie circulaire (anneau de circulation) à sens unique entourant un îlot central[57].

Une étude américaine portant sur la transformation de 24 carrefours à géométrie standard (en croix) en carrefour giratoire[57] a amené une baisse du nombre d'accidents (impliquant des véhicules) avec blessés graves de 39 % et de 76 % pour l'ensemble des blessés.

En Grande-Bretagne, l'implantation et l'évaluation d'aménagements plus sécuritaires (présence de carrefours giratoires, virage à gauche interdit) a montré une réduction de 13 % du nombre de piétons blessés[16].

Les résultats d'une étude comparative américaine de 47 sites d'accidents impliquant des piétons et de 94 autres sites montrent que l'absence de trottoir est une variable explicative significative de la survenue d'un accident[59].

La présence de tunnels ou de passerelles pour piétons permet de réduire le nombre d'accidents chez les piétons[60]. Toutefois, les coûts de ces infrastructures sont trop élevés pour qu'une installation soit envisageable pour l'ensemble des intersections.

L'aménagement de rues à sens unique permet la réduction des conflicts[58] entre les piétons et les véhicules. Cet aménagement réduit de 20 % à 50 % le nombre d'événements impliquant un piéton et un véhicule[60].

Une méta-analyse portant sur 33 études des effets du « Traffic Calming » montre que l'aménagement sécuritaire entraîne en moyenne une baisse de 15 % des accidents avec blessés. La réduction des accidents demeure plus importante dans les rues résidentielles[61].

Programmes de prévention

- Programmes éducatifs

Depuis les années 1970, plusieurs organismes américains œuvrant en sécurité routière ont élaboré des programmes éducatifs pour les jeunes piétons. Pensons au programme « **Willy Whistle** » qui permit d'augmenter le niveau des connaissances en sécurité routière ainsi que de réduire la mortalité chez les jeunes de 5 à 9 ans[62]. Ce programme comportait un film présenté à l'école, des messages publicitaires et des affiches. Soulignons qu'à la suite de l'implantation de ce programme, le nombre d'accidents dus à des traversés irréfléchies et intempestives hors intersection (**apparition brusque**) chez les enfants de 14 ans et moins a chuté de 20 % dans les trois villes étudiées.

A Milwaukee aux Etats-Unis, le programme « **And Keep on Looking**[63] » a aussi permis d'augmenter la compréhension des comportements sécuritaires chez les jeunes piétons de 9 à 12 ans. De plus, ce programme a entraîné une baisse de 8 % du nombre d'accidents chez le groupe ciblé.

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Présence de feux pour piétons

La présence d'équipements sécuritaires aux intersections tels les feux pour piétons et les feux avec décompte numérique[d] entraîne une augmentation du respect de la signalisation par les piétons [64 et 65]. En ce qui concerne l'étude sur le décompte numérique, une diminution des comportements conflictuels piétons-automobilistes a été observée, ce qui pourrait amener une réduction du nombre de victimes piétons.

- Port de vêtements réfléchissants

Le port de vêtements réfléchissants le soir et la nuit permet aux piétons d'être visibles à plus de 213 mètres comparativement à 45 mètres avec des vêtements foncés. Au moins 120 mètres sont requis à un conducteur pour effectuer une manœuvre d'évitement[66]. La visibilité de ces vêtements est augmentée lorsque les bandes réfléchissantes sont situées sur les membres plutôt que sur le torse[67 et 68].

[d] Le décompte numérique est un feu de circulation comportant une signalisation symbolique (silhouette et main) et une signalisation numérique (temps en secondes dont dispose le piéton pour traverser).

- Respect de la signalisation

La traversée d'une rue doit se faire aux intersections et au moment opportun. S'il y a des feux de circulation, on doit attendre le feu vert, ou encore la silhouette blanche ou verte fixe, pour piétons avant de s'engager sur la chaussée.

Programmes de prévention

- Programmes éducatifs

Les différents programmes éducatifs de prévention des blessures chez les jeunes piétons sont considérés comme des mesures de renforcement positif.

Au Québec, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et le ministère de l'Éducation (MÉQ) ont développé des guides d'activités pédagogiques sur la sécurité routière. Regroupés sous le titre « **La sécurité routière à l'école** », ils abordent la sécurité des piétons, des cyclistes, aux abords de l'autobus scolaire et comme occupants de véhicules à moteur. L'enseignement du contenu de ces guides n'est pas obligatoire pour l'école. Ce programme développé par la SAAQ améliore la connaissance des comportements routiers sécuritaires chez les jeunes enfants[69].

Il existe des programmes qui utilisent l'approche de la formation par entraînement sur le terrain ou en classe. Ces différents programmes amènent généralement des changements de comportements chez les enfants[70, 71, 72, 73, 74]. Citons un programme britannique[75] qui visait à corriger les erreurs des enfants de cinq ans dans le choix d'un lieu de traversée. La méthodologie était composée d'une approche en classe et sur la route. Les résultats de l'entraînement ont été évalués par une étude de cas-témoin de type quasi-expérimental. Les analyses statistiques indiquent que l'entraînement a un effet significatif dans le choix de l'itinéraire le plus

sécuritaire. Au Québec, Renaud et Suissa[71] ont démontré que les jeux de simulation développés par la SAAQ et le MÉQ pour les enfants de cinq ans contribuent aux changements d'attitudes face à la prévention et à l'adoption des comportements sécuritaires pour la traversée des rues.

3.2.3 Cyclistes

STATISTIQUES

On enregistre annuellement au Québec dix décès, 106 blessés graves et 1 093 blessés légers chez les jeunes cyclistes (encadré 3). Plus de 50 % des cas de blessures mortelles se situent au niveau du crâne et 23 % de celles-ci sont des fracture[4].

Les 10-14 ans sont la population la plus à risque de blessures de la route chez les cyclistes, après les 15-19 ans. Une étude ontarienne indique que plus de la moitié des décès chez les cyclistes de 10 ans et moins sont causés par l'irruption du cycliste hors des intersections[76].

Encadré 3: Faits saillants de la prévention des blessures chez les cyclistes (0-14 ans)

- Principales données

  * Province de Québec, nombre annuel moyen, 1994-1999 (SAAQ, 2000)
    - 10 décès, 106 blessés graves et 1093 blessés légers chez les 0-14 ans
      Moins de 1 décès et 3 blessés graves par an chez les 0-4 ans
      Près de deux fois plus de blessés graves chez les 10-14 ans par rapport aux 5-9 ans

  * Canada, base de données du SCHIRPT, 1993 (Santé Canada, 1997)
    - Plus de 50 % des décès sont dus à des traumatismes crâniens (23 % sont des fractures du crâne)
    - Plus de 50 % des blessures chez les 1-4 ans sont localisées à la tête ou au cou.
    - Plus de 40 % des blessures chez les 5-9 ans sont localisées à la tête ou au cou
    - Près de 50 % des blessures chez les 10-14 ans sont localisées au niveau des membres supérieurs

- Problèmes

  * Absence du port d'équipements de protection (casque)
  * Apparition brusque du cycliste hors des intersections
  * Configuration et signalisation aux intersections

- Mesures préventives efficaces 

  * Faire porter un casque de protection

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Casque de protection



Le port du casque permet de réduire le nombre et la gravité des blessures à la tête.

Certaines études ont démontré que le casque permet de réduire jusqu'à 85 % le risque de blessure à la tête et jusqu'à 88 % le risque de blessure au cerveau[77].

En Australie, le nombre de décès a chuté de 59 % après l'introduction du port obligatoire du casque dans le New South Wales[78].

Récemment plusieurs études sur l'efficacité du casque chez les cyclistes ont été effectuées dans la ville de Seattle. L'étude portant sur 3390 cyclistes blessés a démontré que le casque réduit le risque de blessures à la tête et au cerveau[79]. De plus, le casque réduit le risque de blessures à la partie supérieure du visage[80]. Toutefois, en cas de collision avec un véhicule à moteur, le risque de blessures graves n'est pas différent chez les cyclistes portant un casque[81]. Les auteurs notent que s'il n'y a pas de changement dans l'environnement tel l'aménagement de pistes cyclables, le seul port du casque ne peut entraîner une baisse du nombre de blessures chez les cyclistes, particulièrement pour celles affectant les autres parties du corps (fractures des membres, contusions, etc.).

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Utilisation de pistes cyclables

L'utilisation de pistes cyclables peut réduire le risque de collision avec un véhicule à moteur, plus particulièrement en milieu urbain où la circulation est plus dense.

- Port de vêtements réfléchissants

Voir la section 3.2.2 sur les piétons.

- Équipements obligatoires

Le vélo doit avoir des équipements obligatoires de visibilité : des réflecteurs situés à l'avant et à l'arrière, sur les rayons des roues et sur les pédales. De plus, pour la conduite de nuit, la bicyclette doit être munie d'un phare blanc à l'avant.

- Respect de la signalisation

Le cycliste doit respecter la signalisation avant d'effectuer la traversée d'une intersection.

Programmes de prévention

- Programmes éducatifs

Il existe plusieurs programmes de promotion du port du casque pour les jeunes cyclistes. Aux États-Unis, dans la région de Seattle, plus de 15 000 casques ont été donnés dans le cadre du programme « **Head Start**[82] ». L'intervention comprenait des activités en classe, des visites à la maison destinées aux parents, la tenue d'événements concernant la sécurité et le port du casque. Les enfants étaient observés dans les rues à proximité des écoles et de leur domicile. Le taux de port du casque a doublé passant de 43 à 89 %, comparativement au groupe témoin dont le taux est passé de 42 % à 60 %. Les auteurs préconisent des interventions multivariées avec don de casques pour les enfants issus de milieux à faible revenu. Dans la ville de Tampa aux États-Unis, une intervention avec don a démontré des résultats similaires[83].

Par ailleurs, une autre intervention au Texas n'a pas donné de résultats significatifs concernant le taux de port du casque à vélo[84]. Elle comprenait un programme éducatif, un questionnaire pour les parents et un don de casques dans deux villes rurales et ce, auprès de 403 enfants d'âge scolaire. L'utilisation du casque est passée de 3 % à 38 % à la fin de l'année scolaire, mais durant la période estivale, le taux d'utilisation est redescendu à 5 %. Chez les jeunes plus âgés, de septième et de huitième année scolaire, le taux d'utilisation du casque est resté nul.

- Programme de communication persuasive

Au Québec, le programme « **Mon vélo-casque, c'est sauté**[85]» a été réalisé dans la région de la Montérégie. Ce programme de communication persuasive et d'actions communautaires a entraîné une augmentation de près de 30 % du port du casque. Le programme comprenait plusieurs activités en milieu scolaire et communautaire (camps de jour, parcs et garderies). Un autre volet du programme s'adressait aux familles à faible revenu et mettait l'emphase sur la remise de bons de réduction applicables sur le prix du casque, sur des tirages et des bons-

cadeaux[86]. Les résultats de ce volet n'ont pas démontré d'augmentation significative du port du casque. La perception du risque de blessures est comparable entre les familles favorisées et défavorisées, mais le prix élevé serait selon les parents, le principal facteur limitatif à l'achat d'un casque. Les chercheurs notent aussi que plus l'exposition au programme est longue plus le cycliste est disposé à porter un casque[87].



DOMICILE

3.3 DOMICILE

Cette section porte sur les blessures survenues à domicile, liés aux chutes, aux brûlures, aux intoxications et étouffements, aux morsures d'animaux domestiques et aux armes à feu (blessures non intentionnelles).

3.3.1 Chutes

STATISTIQUES

Au Québec, au cours de la période 1991-1995, il y a eu annuellement 5 décès par chute chez les 0-14 ans[5]. Le nombre annuel d'hospitalisations pour la même période est de 3 200 chez le même groupe d'âge (encadré 4). Notons que chez les jeunes enfants de 0-4 ans, il s'agit principalement de chutes à partir d'un lit d'adulte ou dans un escalier (figure 24). Les chutes à partir d'un lit d'enfant représentent moins de 15 % des chutes chez les moins d'un an. Dans la majorité des cas, l'enfant essayait de grimper ou de monter sur le lit. Chez les 1-4 ans, ce sont les chutes à partir d'un meuble ou dans un escalier qui sont les plus fréquentes[88], tandis que chez les 5-14 ans, ce sont les chutes dans les escaliers qui sont le plus en cause.

Encadré 4 : Faits saillants de la prévention des chutes chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Province de Québec, nombre annuel moyen, 1995-1999 (MSSS, 2000)
    - 1 décès et 3 100 hospitalisations chez les 0-14 ans
  * Canada, nombre annuel, 1996-1997 (Santé Canada, 1999)
    - 11 décès et 12 200 hospitalisations par année chez les 0-14 ans
  * Canada, base de données du SCHIRPT 1993 (Santé Canada, 1997)
    - Près de 80 % des blessures chez les < 1 an sont localisées à la tête ou au cou
    - Près de 70 % des blessures chez les 1-4 ans sont localisées à la tête ou au cou
    - Près de 40 % des blessures chez les 5-9 ans sont localisées à la tête ou au cou
    - Près de 40 % des blessures chez les 10-14 ans sont localisées aux membres supérieurs

- Problèmes

  * Accès aux fenêtres par l'enfant (immeuble à plusieurs étages)
  * Absence de barrières pour les escaliers
  * Barrières mal installées ou non fermées (43 % des chutes chez les 0-4 ans)
  * Utilisation de marchettes (huit chutes sur dix surviennent dans un escalier)

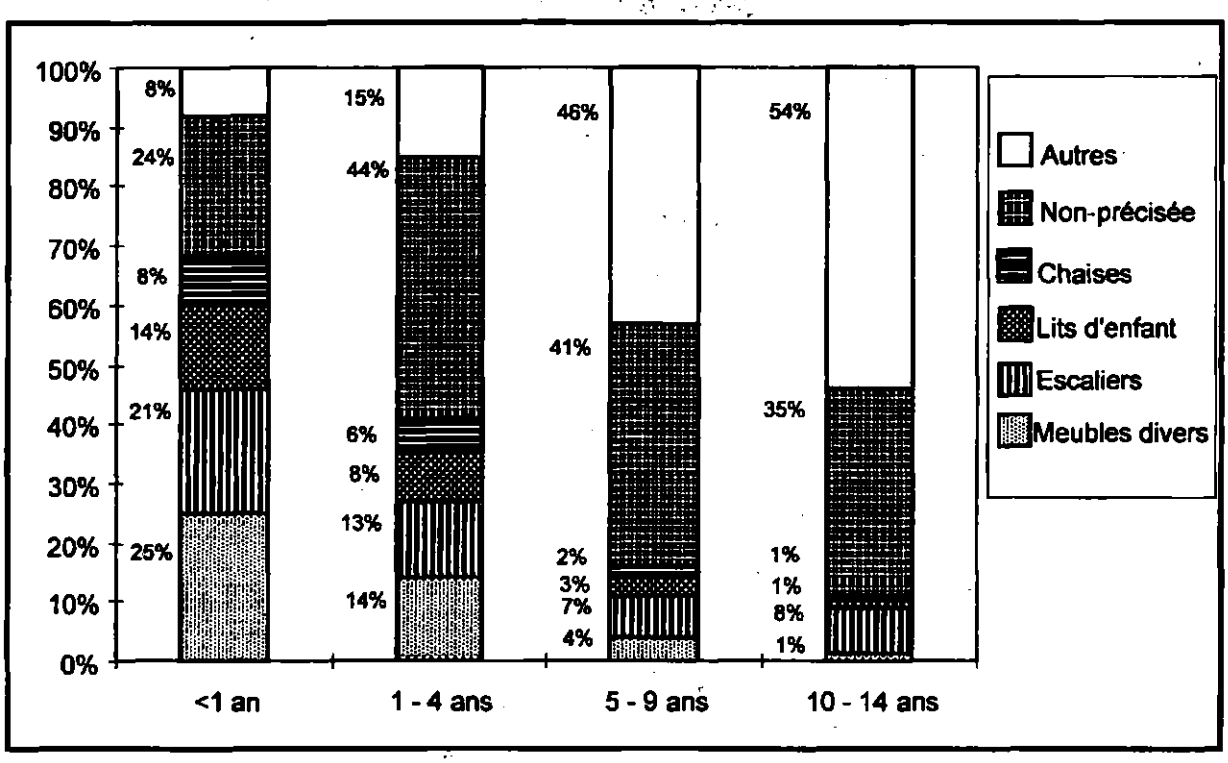
- Mesures préventives efficaces 

  * Bannir l'utilisation des marchettes
  * Installer des loquets aux fenêtres

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

La figure 23 montre la répartition des blessures dues aux chutes selon l'âge et l'endroit ou le mobilier en cause chez les jeunes enfants de 0-14 ans en 1993.

Figure 23 : Principales causes de chutes selon le type d'élément chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, SCHIRPT, Canada, 1993



Source : Santé Canada, 1997., p.148

D'une manière plus détaillée, une recherche sur les données du SCHIRPT[89] révèle que 90% des blessures liées à l'utilisation de marchettes se retrouvent chez les enfants de moins de 1 an. Dans plus de 80% des cas, l'enfant a chuté dans un escalier. La majorité des blessures sont localisées au niveau de la tête (éraflures, contusions et inflammations).

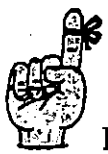
Bien que les barrières permettent d'éviter les chutes chez les jeunes enfants, les données du SCHIRPT[90] montrent que dans plus de 70% des cas, la chute s'est produite en raison d'une barrière mal fermée ou ouverte.

Le dernier élément concerne les blessures liées aux balançoires pour bébés. Selon les données du SCHIRPT[91], ces dernières constituent la première cause de blessures chez les enfants de deux mois. Le principal élément déclencheur de la blessure est la chute qui entraîne des éraflures et des contusions au niveau de la tête. Il faut souligner que plus de 60 % des blessures liées à l'utilisation d'une balançoire pour bébés se produisent entre 16 h et 23 h.

MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Marchettes



Le fait de ne pas utiliser de marchettes est considéré comme une mesure préventive efficace pour prévenir les chutes chez les moins de 1 an.

Les marchettes ne sont plus produites au Canada depuis 1989 à la suite de l'adoption, par les manufacturiers, d'une norme volontaire[2]. Cependant, de nombreuses marchettes sont encore utilisées et, selon les données du SCHIRPT, on a enregistré annuellement en moyenne, en 1994 et 1995, 225 victimes de moins de 5 ans[89].

Les marchettes sont toujours en vente aux États-Unis. Smith et ses collaborateurs[92] ont étudié sur une période de trois ans les dossiers médicaux de 271 enfants ayant subi des blessures à la suite d'une chute avec une marchette. La moyenne d'âge des enfants était de 9 mois; 62 % des cas étudiés étaient des garçons. De plus, 96 % des cas concernaient des chutes dans les escaliers et près de 60 % des blessures étaient des abrasions ou des contusions. Dans près de 70 % des cas, l'enfant utilisait la marchette sous la supervision des parents. Les auteurs recommandaient que la vente et l'usage des marchettes soient interdits.

Bar-on et ses collaborateurs[93] suggèrent que les pédiatres et les médecins parlent aux parents des dangers des marchettes lors de visites prénatales. En Angleterre, une enquête indique que les parents qui utilisent encore les marchettes[94] proviennent de milieux défavorisés, qu'ils ont une moins bonne perception des dangers et qu'ils utilisent peu d'équipements sécuritaires. Par exemple, il y a un lien significatif entre l'usage des marchettes et le fait d'être locataire, habiter dans un quartier défavorisé ou encore être sur le chômage. Les auteurs démontrent aussi que l'usage d'équipements sécuritaires (comme des barrières pour les escaliers) est plus élevé chez les parents n'utilisant pas de marchettes[94].

- Loquets aux fenêtres



La présence de loquets ou de verrous aux fenêtres constitue une mesure préventive efficace des chutes chez les enfants. Ils empêchent les enfants d'ouvrir la fenêtre et de tomber de l'autre côté.

Programmes de prévention

- Installation de loquets aux fenêtres



Le programme classique de prévention des chutes chez les jeunes enfants est le « **Children can't fly** » de la ville de New York[95]. Ce programme qui s'est déroulé sur deux ans visait à réduire le nombre de chutes à partir d'une fenêtre chez les enfants du Bronx. Des professionnels de la santé conseillaient les parents en clinique et des intervenants visitaient leurs logements. Plus de 16 000 loquets pour les fenêtres ont été installés dans le cadre de ce programme. Celui-ci a entraîné une baisse de 98 % du nombre de chutes par les fenêtres[21].

- Récupération de marchettes



Au Canada, il existe un programme visant à récupérer et détruire les marchettes pour bébés. Ce programme « **Babies Don't Bounce** » a été déployé dans la ville de Winnipeg[96] et a permis de recueillir 168 marchettes. Le succès du programme s'explique par la remise d'un chèque-cadeau d'un grand magasin. Selon, le Dr Tennenbien de l'Hôpital pour l'enfant de Winnipeg, le retrait des 168 marchettes a permis d'éviter que 50 bébés soient blessés sérieusement.

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Barrières pour les escaliers

L'utilisation adéquate de barrières aux extrémités des escaliers constitue une mesure pour prévenir les chutes chez les jeunes enfants. Il faut que les barrières soient bien installées et verrouillées.

L'efficacité des barrières aux extrémités des escaliers n'a pas été démontrée dans la réduction des chutes chez les jeunes enfants[16 et 21]. La présence de barrières aux escaliers n'enlève pas la responsabilité des parents de surveiller les enfants. Il faut également s'assurer de choisir des barrières d'escalier sécuritaires ayant un espacement réglementaire des ouvertures afin d'éviter les étouffements et les suffocations.

- Lits superposés

Ne jamais laisser dormir ou jouer un enfant de moins de six ans dans le lit du haut d'un lit superposé .

Programmes de prévention

- Visites à domicile

À Philadelphie, un programme de visites à domicile effectuées par des inspecteurs a montré des améliorations dans la prévention des chutes. Dans le cadre de ce programme, l'inspecteur remettait une trousse de sécurité et prodiguait des conseils de prévention sur les chutes (présence de tapis, vérification des marches, vérification de l'éclairage dans les escaliers). Le programme a entraîné une baisse significative de la présence de tapis (carpette) dans les pièces des logements et une amélioration de la sécurité dans les escaliers[26].

- Location de barrières

A Montréal, dans le quartier Hochalaga-Maisonneuve, un programme de location de barrières de sécurité pour prévenir les chutes chez les 0-4 ans a été réalisé en 1997[97]. Ce programme comprenait également la diffusion d'une brochure sur la prévention des traumatismes à domicile lors de rencontres avec des organismes communautaires. Plus de 1600 brochures sur la prévention des traumatismes à domicile chez les 0-4 ans ont été remises aux organismes communautaires. Ce programme a permis aux parents d'acquérir une meilleure connaissance de la problématique des chutes dans ce groupe d'âge[98].

3.3.2 Brûlures et incendies

STATISTIQUES

Les brûlures occasionnent environ dix décès et 140 hospitalisations par année dans la province de Québec chez les enfants de 0-14 ans (encadré 5). Au Canada en 1997, chez les enfants de 0-14 ans, il y a eu 29 décès et 955 hospitalisations liées aux brûlures.

L'étude des lieux de l'accident, selon les données du SCHIRPT[4], montre que plus de 40 % des brûlures ayant entraîné une hospitalisation se sont produites dans la cuisine. Ce pourcentage augmente à 50 % pour les 5-9 ans. Les liquides chauds (thé, café) sont généralement la principale cause des brûlures (figure 24). Pour les tout-petits (moins de 1 an), près de 35 % des brûlures sont causées par de l'eau chaude (salles de bain et de lavage), du café ou du thé.

Encadré 5: Faits saillants de la prévention des brûlures chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Province de Québec, nombre annuel moyen, 1995-1999 (MSSS, 2000)
    - 10 décès et 140 hospitalisations chez les 0-14 ans
  * Canada, nombre annuel, 1997 (Santé Canada, 1999)
    - 29 décès chez les 0-14 ans
  * Canada, nombre annuel, 1996-1997 (Santé Canada, 1999)
    -955 hospitalisations chez les 0-14 ans
  * Canada, base de données du SCHIRPT, 1993 (Santé Canada, 1997)
    - 42 % des brûlures chez les moins de 5 ans sont localisées sur les doigts ou la main
    - 25 % des brûlures chez les 5-14 ans sont localisées sur les doigts ou la main

- Problèmes

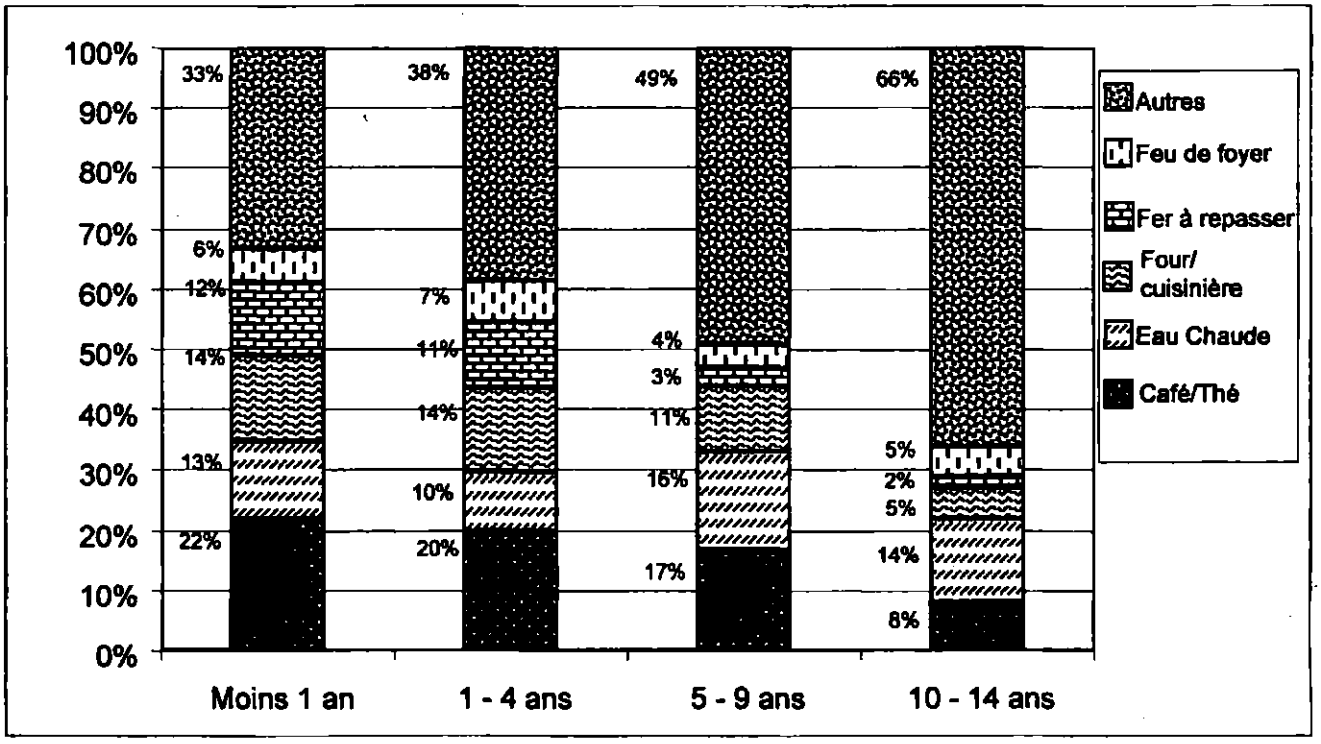
  * Absence de valves de régulation thermostatiques de la température de l'eau chaude
  * Manque d'attention avec les breuvages chauds
  * Absence d'avertisseur de fumée
  * Articles de fumeur à portée des enfants

- Mesures préventives efficaces 

  * S'assurer que la température de l'eau chaude à la sortie du robinet ne dépasse pas 49°Celsius
  * Installer des avertisseurs de fumée
  * Faire porter des chapeaux, des vêtements longs et utiliser des crèmes solaires avec un acteur de protection solaire (FPS) de 15 ou plus (enfants de plus de 6 mois)

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

Figure 24 : Principales causes de brûlures chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, SCHIRPT, Canada, 1993



Source : Santé Canada,1997.

Près du tiers des brûlures chez les enfants de moins 9 ans sont causées par un liquide chaud (eau et breuvages chauds). Selon les données sommaires du SCHIRPT[99] pour l'année 1996, les brûlures par breuvages chauds entraînent deux fois plus d'hospitalisations que l'ensemble des autres blessures. Plus de 57% des brûlures par boissons chaudes surviennent lorsque l'enfant tire sur la nappe[99]. Cette situation se retrouve aussi dans d'autres pays tels que la Hollande où plus de 70% des hospitalisations pour brûlure chez les 0-4 ans sont associées à des liquides chauds[100].

Concernant les autres causes de brûlures (figure 24), 15% de celles-ci chez les 0-4 ans sont causées par un contact avec un élément de la cuisinière. Chez les 10-14 ans, près de 65% des brûlures proviennent d'autres origines dont 9% par le contact avec un produit corrosif ou caustique et 8% par des articles de fumeurs.

MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Eau chaude



Pour éviter les brûlures par eau chaude chez les jeunes enfants, il faut sensibiliser les parents à ce que l'eau du robinet ne dépasse pas les 49° C.

L'abaissement de la température de l'eau chaude à 49° C réduit considérablement le risque de brûlures[100,101,102, 103], particulièrement chez les jeunes enfants et les personnes âgées qui ont une peau plus sensible que l'adulte. Cependant, afin d'éviter la prolifération du problème de légionellose (maladie du légionnaire), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)[103] recommande le maintien de la température des chauffe-eau électriques à 60° C alors que la température de l'eau des autres types de chauffe-eau (au gaz ou à l'huile) peut être ramenée à 49° C. Cette situation peut affecter les personnes ayant un système immunitaire plus faible ou certaines maladies chroniques (syndrome d'immuno-déficience acquise, diabète, etc.).



Pour les personnes qui possèdent un chauffe-eau électrique et dont la douche, le bain ou l'évier ne disposent pas de valves de régulation thermostatiques, il est fortement recommandé de consulter un plombier afin de mettre en place les valves de régulation de température pour prévenir les brûlures à l'eau chaude[103].

- Avertisseurs de fumée



L'efficacité des avertisseurs de fumée a été démontrée depuis plusieurs années.

La fumée est la principale cause de décès pendant un incendie. La présence d'avertisseurs de fumée entraîne une réduction de 86 % des décès et de 88 % des blessures graves chez les victimes d'incendie[104, 105]. Une étude réalisée dans l'État de la Caroline du Nord montre que le risque relatif (RR) de mourir dans un incendie est de 2 fois et demie plus faible dans les appartements équipés d'avertisseurs de fumée[106]. Les auteurs de cette étude précisent que le taux de survie est plus grand chez les victimes vulnérables (moins de 5 ans ou 64 ans et plus) lorsqu'il y a présence d'avertisseurs de fumée et d'une personne pouvant les aider.



Toutefois, l'efficacité des avertisseurs de fumée à piles peut être réduite à néant si l'entretien et la vérification ne sont pas faits régulièrement.

La régularité de l'entretien et de la vérification peut être assurée si on la fait coïncider avec le changement de l'heure à l'automne et au printemps, soit deux fois par année.



Les avertisseurs de fumée automatiques qui sont branchés sur le réseau électrique et munis de piles possèdent une plus grande fiabilité, mais ils sont plus coûteux tout en nécessitant une vérification régulière.

- Protection solaire



Les enfants ont la peau plus délicate que les adultes et sont plus sensibles aux rayons UV. Porter des chapeaux, des vêtements longs ou utiliser une crème solaire UV-A et UV-B avec un facteur de protection solaire (FPS) de 15 ou plus sont des mesures de prévention efficaces contre les coups de soleil.

Les moyens de protection consistent à éviter de demeurer longtemps et sans protection au soleil, notamment entre 11 h et 15 h, de la mi-mars à la mi-septembre. Les enfants passent également plus de temps à l'extérieur pour les activités sportives et récréatives.



Le risque de cancer de la peau, à l'âge adulte, augmente sensiblement si on a subi deux coups de soleil graves ou plus durant l'enfance[107 et 108].



Un enfant de moins de six mois ne devrait être jamais exposé directement au soleil. Il est fortement déconseillé de lui appliquer de la crème solaire.

Pour les enfants de sept mois à deux ans, il est conseillé de prendre des crèmes solaires à base d'oxyde de zinc ou de dioxyde de titane. Ces crèmes solaires sont recommandées pour les jeunes enfants parce qu'elles ne pénètrent pas la peau et ne provoquent pas de réactions allergiques. Il ne faut jamais appliquer de la crème solaire sur le visage ou les mains afin d'éviter qu'elle entre en contact avec les yeux ou la bouche. Après l'âge de deux ans, les crèmes solaires pour adultes peuvent être utilisées, mais il est préférable de prendre des crèmes pour enfants[108].

Programmes de prévention

- Programme de counselling

Dans le cadre de la prévention des brûlures chez les enfants, le programme de promotion d'Harstad[109, 110] s'est avéré efficace. Les cas de brûlures ont chuté de 51,5 % dans la ville d'Harstad comparativement à une baisse de 18 % dans une ville où aucune intervention n'a été déployée. Ce programme consistait en une intervention de type counselling effectuée par une infirmière auprès de parents d'enfants de 0-4 ans et ce à tous les quatre mois. Cette intervention a eu lieu pendant une période de dix ans de 1986 à 1996. Un dépliant portant sur la température de l'eau chaude et sur des équipements de sécurité pour la cuisinière était présenté. De plus, les différents équipements de sécurité présentés étaient disponibles dans les magasins de la ville.

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Bouchons protecteurs pour les prises électriques

Les bouchons protecteurs sur les prises électriques sont des équipements sécuritaires qui peuvent prévenir les chocs électriques chez les jeunes enfants. Toutefois, une étude indique que les enfants de 2 à 4 ans peuvent enlever les bouchons protecteurs en quelques secondes[111].

Au Québec, il y a eu 48 hospitalisations chez les 0-4 ans et 29 chez les 5-14 ans entre 1993 et 1995 en raison de chocs électriques[5]. Pour éviter que ces derniers causent des blessures graves ou même la mort, il faut placer les fils électriques hors de portée des enfants et vérifier que la fiche soit bien enfoncée dans la prise électrique. Il faut éviter de laisser à la portée des enfants les petits appareils électriques (outils, grille-pain, bouilloire).

Dans le cas d'enfants plus âgés, il faut leur enseigner à ne pas utiliser des cerfs-volants à proximité de lignes électriques, ni à aller récupérer des ballons dans les arbres situés à proximité des fils électriques[112].

- Liquides chauds

Placer les liquides chauds dans un contenant avec un couvercle et éviter de laisser pendre le fil des petits appareils électriques (bouilloire, cafetière, etc.).

Les mesures de prévention au niveau des liquides chauds consistent à demander aux parents de transvider les boissons chaudes dans un contenant isothermique muni d'un couvercle limitant la sortie du liquide chaud. De plus, il est suggéré aux parents d'utiliser des napperons plutôt qu'une nappe et d'éviter de tenir l'enfant sur soi pendant qu'ils mangent[4].

- Vêtements ininflammables pour les enfants

Les jeunes enfants doivent porter pour le coucher des vêtements ininflammables.

Depuis 1987, au Canada, les vêtements de nuit pour les enfants jusqu'à une taille 14X doivent répondre aux normes d'ininflammabilité[113]. Aux États-Unis, la réglementation a été modifiée en 1997 pour permettre la vente de vêtements pour enfants en coton non-traité[114].

Les parents doivent éviter d'habiller leurs jeunes enfants avec des vêtements pour adulte pour le coucher.

- Feu de foyer

S'assurer que les enfants ne s'approchent pas trop du feu de foyer ou du feu de camp.

Concernant les foyers, les grillages ou les portes anti-étincelles doivent être fermés et un adulte doit toujours être présent lorsqu'un feu est allumé.

- Barbecue, briquets, chandelles ou feu de camp (voir la section 3.5.8)

Programmes de prévention

- Programmes éducatifs

Le programme « **Fire Prevention Canada**[115] » regroupe des parents, l'Association des chefs de pompiers du Canada et des représentants du secteur privé. Ce programme a pour but d'éduquer les Canadiens à un environnement sécuritaire en matière d'incendie. Il offre un guide d'activités de prévention des incendies comprenant des vidéos comme « *Prévention des incendies en milieu familial* », des brochures comme « *Comment effectuer un plan d'évacuation d'urgence* » et des livres à colorier pour les enfants.

- Campagne de sensibilisation

Au Québec, il y a « **La semaine de prévention des incendies**[116] » (première semaine d'octobre) sous la direction du ministère de la Sécurité publique. Dans le cadre de cette semaine, les services de prévention des incendies visitent les résidences (sensibiliser les citoyens sur les risques des incendies et sur les mesures préventives). L'objectif de cette visite est d'inciter les proches des enfants (parents et grands-parents) à faire preuve de prudence face aux risques

d'incendie. De plus, des visites sont effectuées dans les écoles et différentes activités sont proposées (jeux, dépliants, cahiers à colorier et vidéocassettes).

- Outils promotionnels

Dans le cadre de la prévention des chocs électriques, Hydro-Québec propose à ses usagers une brochure « *Il y a électricité et sécurité* »[112]. Pour le milieu scolaire, Hydro-Québec publie des outils pédagogiques pour les enseignants du primaire « *Prudent sur toute la ligne* »[117].

3.3.3 Intoxications

STATISTIQUES

L'encadré 6 montre qu'il y a en moyenne dans la province de Québec, 2 décès et 408 hospitalisations pour intoxication ou empoisonnement chez les enfants de 0-14 ans[5]. Ces données ne relèvent pas l'ampleur de la situation, c'est-à-dire les dizaines de milliers de cas d'intoxication qui se produisent chaque année, telles les intoxications par médicaments (prescrits ou non) qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. Selon les données du Centre anti-poison du Québec (CAPQ), il y a eu en 1994 environ 27 800 appels concernant des intoxications réelles ou suspectes chez les 0-15 ans[118].

En 1998, il y a eu environ 2 900 cas d'intoxication par acétaminophène, dont 2 300 cas étaient survenues chez des enfants âgés de moins de cinq ans[119]. La figure 25 montre bien que les intoxications chez les enfants de 0-4 ans et chez les 5-9 ans sont causées par des médicaments. Chez les 10-14 ans, il s'agit plutôt de la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments.

Notons qu'il y a des différences entre les données du Centre anti-poison du Québec et les données du SCHIRPT. Le Centre anti-poison du Québec souligne que près 52% des intoxications sont dues à l'absorption de produits d'entretien ménager, 42 % à des médicaments, 5 % à des pesticides et 1 % à des produits industriels[2] alors que la banque du SCHIRPT indique que plus de 53 % des intoxications sont causées par des médicaments. Cet écart s'explique par le fait que les données du CAPQ sont basées sur une intoxication réelle ou suspectée, principalement traitée à la maison (75 %) tandis que celles du SCHIRPT regroupent les cas d'intoxication les plus graves traités en milieu hospitalier.

Enfin, les données du SCHIRPT révèlent que 18 % des cas d'intoxication ont nécessité une consultation à la clinique externe d'un centre hospitalier tandis que 12 % y ont été admis.

Encadré 6: Faits saillants de la prévention des intoxications chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Province de Québec, nombre annuel moyen 1995-1999 (MSSS, 2000)
    - 1 décès et 355 hospitalisations
    - Près de 60 000 appels en 1998 pour intoxications réelles ou suspectes au Centre anti-poison du Québec (CAPQ, 1999)
      9500 intoxications médicamenteuses chez les moins de 5 ans, dont près de 2300 par acétaminophène (CAPQ, 1999)
  * Canada, nombre annuel, 1997 (Santé Canada, 1999)
    - 8 décès chez les 0-14 ans dont 13 % par médicaments.
  * Canada, base de données du SCHIRPT, 1993 (Santé Canada, 1997)
    - Chez les < 1 an, 32 % des intoxications sont dues à des médicaments
    - Chez les 1-4 ans, 61 % des intoxications sont dues à des médicaments
    - Chez les 5-9 ans, 43 % des intoxications sont dues à des médicaments
    - Chez les 10-14 ans, 35 % des intoxications sont dues à l'alcool et aux drogues

- Problèmes

  * Accès facile aux médicaments, produits de nettoyage domestique et alcool.
  * Plantes toxiques et produits connexes (insecticides et pesticides).
  * Utilisation de jouets et de hochets en vinyle souple (PVC)

- Mesures préventives efficaces 

  * Installer des avertisseurs de monoxyde de carbone
  * Utiliser des contenants avec bouchon protège-enfants
  * Installer des loquets aux portes des armoires
  * Installer des avertisseurs de monoxyde de carbone
  * Bannir les jouets et les hochets en vinyle souple (PVC)
  * Afficher le numéro de téléphone du Centre anti-poison du Québec
    - 1-800-463-5060 -

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

Selon les données du SCHIRPT, le principal lieu d'intoxication ou d'empoisonnement chez les enfants de 0-14 ans est la chambre à coucher ou la salle de séjour (tableau 9). Ces données ne précisent pas s'il s'agit de la chambre de l'enfant ou des parents. De façon générale, il y a deux fois plus de cas d'intoxication dans la cuisine ou dans la salle de bain chez les 0-4 ans que chez les 10-14 ans.

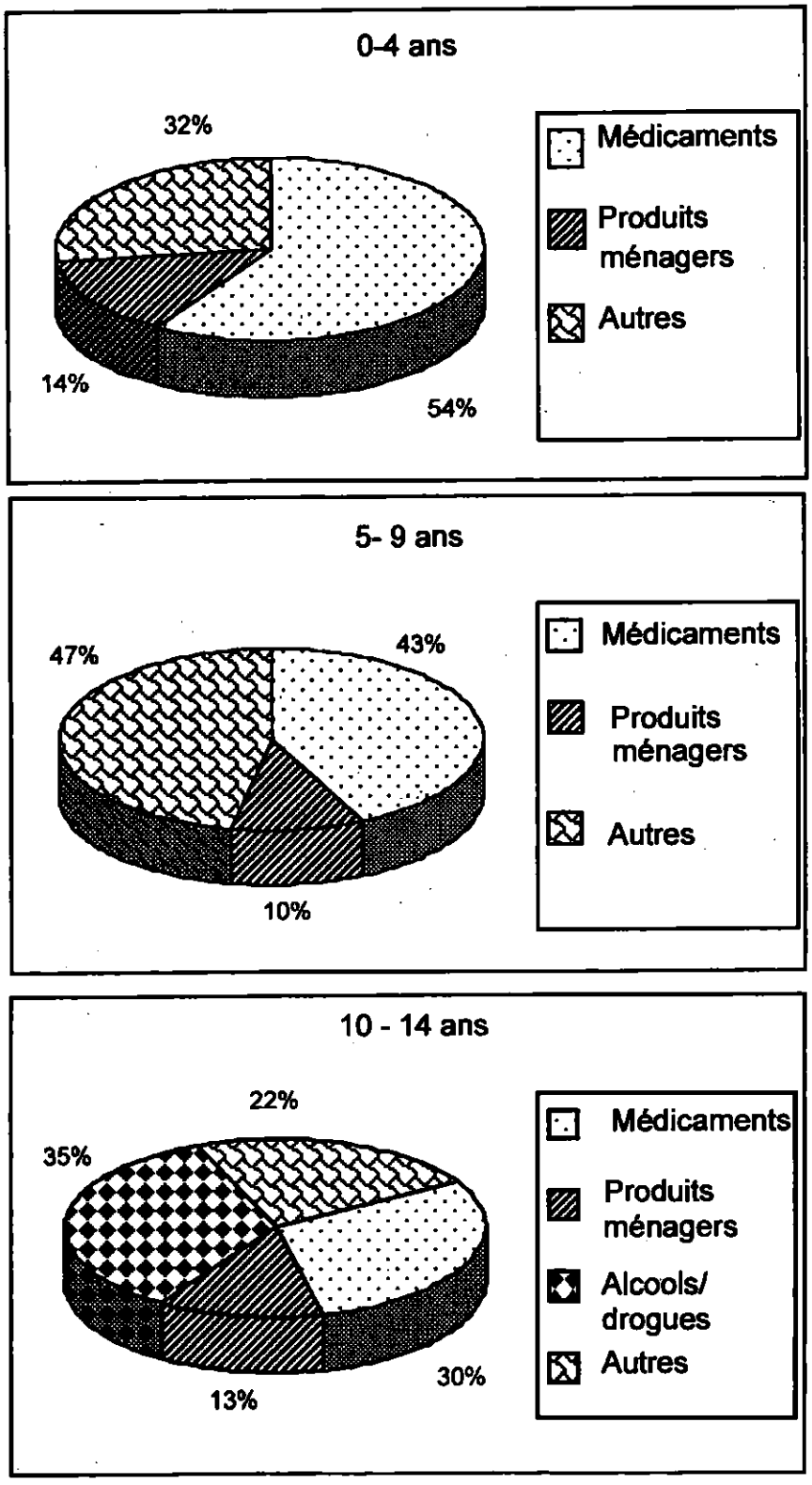
Tableau 9 : Pourcentage[e] d'intoxication selon la localisation à l'intérieur du domicile, SCHIRPT, Canada, 1993.

	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans
Chambre à coucher/salle de séjour	44,7 %	41,3 %	23,5 %
Cuisine	16,8 %	6,7 %	4,9 %
Salle de bain	11,0 %	6,7 %	6.2 %
Autres	27,5 %	45,3 %	65,4 %

Source : Santé-Canada, (1997), Pour la sécurité des jeunes canadiens.

[e] La somme peut ne pas correspondre à 100% compte tenu des arrondissements effectués.

Figure 25 : Intoxications selon les causes et les différents groupes d'âge, SCHIRPT, Canada, 1993



MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Avertisseurs de monoxyde de carbone



L'avertisseur de monoxyde de carbone est une mesure efficace contre les intoxications[120].

Récemment, les intoxications au monoxyde de carbone ont fait l'objet de plusieurs études. Aux États-Unis, il y a environ 2100 décès par intoxication non intentionnelle au monoxyde de carbone par année[120]. Au Québec, pendant la crise du verglas de 1998, cinq décès ont été causés par le monoxyde de carbone[121]. Celui-ci provient de la combustion de matières fossiles et il peut-être mortel dans un endroit clos, car il est inodore et incolore.

Dans une étude sur les cas de décès par monoxyde de carbone dans l'État du Nouveau-Mexique, les auteurs[120] indiquent que la moitié des cas auraient été sauvés s'il y avait eu présence d'avertisseurs. Une étude effectuée à Pittsburgh[122] note une diminution de 50 % (63,3 % à 13,3 %) du nombre de victimes présentant des symptômes d'intoxication au monoxyde de carbone lorsque celles-ci habitaient des maisons munies d'un avertisseur. La Régie du bâtiment du Québec recommande aux personnes intéressées de choisir un appareil reconnu par Underwriter's Laboratories of Canada (ULC) ou Association canadienne de normalisation (CSA international)[123].



Comme dans le cas des avertisseurs de fumée, l'efficacité des avertisseurs de monoxyde de carbone est conditionnelle au changement régulier des piles et à leur

entretien. Les avertisseurs de monoxyde de carbone qui sont branchés sur le réseau électrique et munis de piles possèdent une plus grande fiabilité, mais ils sont plus coûteux tout en nécessitant une vérification régulière.

- Contenants avec bouchon protège-enfants (à fermoir de sécurité)



Les bouchons protège-enfants pour les contenants de médicaments s'avèrent être une mesure efficace pour empêcher les intoxications.

Les compagnies pharmaceutiques canadiennes utilisent ce type de bouchon de façon volontaire. Dans le cas de médicaments pouvant être toxiques pour les enfants, les compagnies pharmaceutiques se réfèrent à deux règlements canadiens : « *Règlement sur les cosmétiques*[124]» et « *Règlement concernant la vente, l'importation et la publicité de certains produits chimiques et contenants auprès des consommateurs*[125] ». En général, les produits chimiques doivent être vendus dans un contenant avec un bouchon protège-enfants ou dans un contenant avec la mention « ATTENTION CE CONTENANT N'EST PAS À L'ÉPREUVE DES ENFANTS. TENIR HORS DE LEUR PORTÉE ». Même certains cosmétiques doivent être vendus obligatoirement dans ce type de contenant. Pour ce qui a trait aux médicaments vendus par le pharmacien, c'est la « *Loi sur la pharmacie, article 3.05* » qui oblige l'utilisation d'un contenant protège-enfants. Celui-ci doit répondre à la norme de l'ACNOR (CAN/CSA-Z76.1-FM90) sur les emballages de sécurité réutilisables.

Aux États-Unis, une étude portant sur les décès non intentionnels liés à l'absorption de drogues prescrites chez les enfants de moins de 5 ans, entre 1964 et 1992, mentionne que l'usage des contenants protège-enfants pour les médicaments prescrits a entraîné une baisse de 45 % des décès. Aux États-Unis, cela représente 460 décès de moins par année[126].

- Loquets pour les armoires



Les loquets pour les armoires de cuisine et celles de la salle de bain peuvent être considérés comme des mesures de prévention efficaces.

Les loquets permettent de verrouiller les armoires et empêchent les enfants d'entrer en contact avec des produits toxiques. Les loquets sont généralement disponibles dans les magasins à grande surface à des coûts modiques.

- Jouets et hochets en vinyle souple (PCV)

Le DINP (phtalate de diisononyle) se retrouve dans les jouets en vinyle souple (PVC). L'ingestion du produit en dose massive crée une perte de poids, des changements au niveau du foie, des reins ainsi que des cancers[127]. La littérature actuelle présente des divergences concernant la quantité de produit à ingérer en relation avec les effets sur la santé. Une étude américaine démontre qu'il faut une exposition importante pour obtenir un risque significatif pour la santé[128]. Par ailleurs, le rapport Bartlett[127] indique que la quantité de phtalate de diisononyle libérée à partir des produits souples en PVC, conçus tout particulièrement pour être portés à la bouche des jeunes enfants, peut présenter un risque pour la santé des enfants de trois ans et moins.

- Numéro téléphone du Centre anti-poison du Québec



Mettre en évidence le numéro de téléphone du Centre anti-poison du Québec (1-800-463-5060) pour une utilisation rapide car cette mesure contribue à réduire la gravité de l'intoxication en permettant un accès rapide à des spécialistes dans le domaine.



Ce dernier est souvent disponible sous la forme d'une étiquette autocollante pouvant s'installer à un endroit visible et connu de tous les membres de famille.

Il s'agit d'une des mesures préventives utilisées dans plusieurs programmes de prévention des blessures chez les enfants[18,20]. Au Texas, une étude menée auprès de 167 personnes qui ont fait un appel à un centre anti-poison[95], montre que les trois quarts des appels n'ont exigé aucune intervention. Dans près de 26 % des cas, une intervention mineure a été nécessaire, tel l'usage de sirop d'ipéca. L'enquête démontre principalement que près de 81 % des parents se seraient rendus à l'urgence d'un centre hospitalier s'il n'y avait pas eu de centre anti-poison.

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Contenants d'origine des produits dangereux

En l'absence de contenant protège-enfants, conserver les produits dangereux (alcool, spiritueux, détergents, médicaments, solvants, peintures, produits de beauté) dans leur contenant d'origine. Il faut s'assurer de ranger les produits dangereux hors de portée et de la vue des enfants (armoire verrouillée ou tablette du haut).

Le fait de garder les produits dangereux dans leur contenant d'origine peut permettre une meilleure intervention en premiers soins lors d'une intoxication. Cependant, l'intervention doit se faire sous la supervision d'un spécialiste du Centre anti-poison du Québec.

- Sirop d'ipéca et charbon activé

Le sirop d'ipéca et le charbon activé sont des mesures visant à réduire la gravité de l'intoxication. Cependant avant de les utiliser, appeler le Centre anti-poison du Québec (1-800-463-5060).

Le sirop d'ipéca (provoque un vomissement) et le charbon activé (absorbe certains toxiques) peuvent s'avérer efficaces pour réduire la gravité des intoxications survenant à la maison. Toutefois, l'efficacité de ces produits diminue selon le délai post-ingestion du produit et elle peut être nulle si le délai est trop long. Dans le cas d'une intoxication à la maison, le sirop d'ipéca ou le charbon activé doit être administré selon les directives du personnel du Centre anti-poison du Québec.

Le sirop d'ipéca est généralement présent dans différents programmes de prévention des blessures à domicile à Philadelphie[17], à Boston[15] et dans l'État de la Caroline du Nord[16]. Il est remis aux familles participant aux programmes. Au Québec, il existe des activités de prévention dans lesquelles une trousse contenant du sirop d'ipéca et du charbon activé est distribuée gratuitement aux parents par les CLSC[96].

Une étude des données de sept centres anti-poison américains[98] indique que l'usage du sirop d'ipéca à la maison entraîne une baisse significative de l'utilisation des services de santé.

- Produits d'entretien pour la piscine

Les produits pour l'entretien de la piscine doivent être conservés dans leur contenant d'origine et rangés dans un endroit verrouillé.

Les différents produits pour l'entretien de la piscine, comme le chlore, doivent être placés hors de portée et de la vue des enfants. Ils doivent être entreposés à l'extérieur de la maison dans un endroit verrouillé comme le cabanon ou la remise. Ils ne doivent jamais être rangés dans la maison. En cas d'incendie, les vapeurs dégagées lors de la combustion de ces produits peuvent causer des intoxications très graves.

- Produits toxiques utilisés à la ferme

Les pesticides, les engrais et les produits d'entretien de la machinerie agricole doivent être conservés dans leur contenant d'origine et rangés dans un endroit verrouillé.

Ils doivent être entreposés à l'extérieur de la maison dans un endroit verrouillé comme le cabanon ou la remise de la ferme. Ils ne doivent jamais être rangés dans la maison. En cas d'incendie, les vapeurs dégagées lors de la combustion des produits peuvent causer des intoxications très graves. Il est aussi recommandé de garder ces produits dans leur contenant d'origine.

- Fleurs, plantes et baies

S'assurer que les enfants ne mangent pas de fleurs, de baies ou de feuilles des plantes.

Certaines plantes peuvent causer des intoxications graves chez les jeunes enfants. Dans le cas de l'ingestion de feuilles de plantes, de fleurs ou de baies, il est recommandé d'appeler le centre anti-poison en fournissant si possible le nom de la plante ou en faisant une description sommaire de celle-ci.

Programmes de prévention

- Programmes éducatifs

Au cours de l'année 1994[96,97], un programme de prévention des intoxications chez les 0 à 5 ans a été déployé dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il était constitué d'une trousse nommée « **Renseignements Antipollution, de Prévention et de Protection des Intoxications Domestiques** » (R.A.P.P.I.D.). Deux cent cinq (205) trousses ont été remises lors des rendez-vous de vaccination des enfants. Elle comprend un mémo téléphonique plastifié présentant les actions à entreprendre en cas d'intoxication, un autocollant du numéro de téléphone du Centre anti-poison du Québec, une bouteille de sirop d'ipéca et un contenant de charbon activé. De plus, trois feuillets sur la prévention des intoxications accompagnent cette trousse.

L'évaluation du programme a été effectuée par le biais de deux questionnaires (avant et après l'expérimentation). Les résultats indiquent une augmentation significative de la connaissance de la toxicité de certains produits (savon [+ 19 %], désodorisants [+16 %] et mousses pour le bain [+22 %]), un plus grand sentiment de sécurité pour l'enfant (+20 %), une augmentation de la présence au domicile du numéro téléphonique du CAPQ (+36 %). Cette trousse est une mesure qui favorise la prévention des intoxications. De plus, les résultats de l'évaluation de l'implantation montrent que l'outil répond aux besoins des parents et qu'il suscite un vif intérêt de la part des intervenants de CLSC[96]. L'activité se poursuit et est intégrée au programme périnatalité de la Régie de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Un programme de trousse de prévention des traumatismes à domicile pour les jeunes enfants, réalisé dans la région du Bas-Saint-Laurent[103], contient également des éléments de prévention des intoxications. Ce programme a été évalué par la méthode de cas-témoins où cinquante familles ont reçu la trousse (cas) et 46 autres seulement des recommandations (témoins). Les deux groupes ont été visités deux fois et des observations ont été effectuées. Concernant

l'entreposage des produits d'entretien ménager dans un endroit sécuritaire (inaccessible) pour les enfants, il est 2,5 fois plus élevées (29 % à 70 %) dans les ménages ayant reçu la trousse. Dans le groupe expérimental (avec la trousse), le numéro du Centre anti-poison du Québec est affiché dans un endroit visible dans presque 100 % des cas et la présence de sirop d'ipéca y est trois fois plus élevée. La trousse de prévention des traumatismes favorise la présence de comportements et d'équipements sécuritaires pour la prévention des blessures.

- Campagne de sensibilisation

Le Centre anti-poison du Québec organise depuis 1996 une semaine de prévention des intoxications. Cette semaine comporte diverses activités pédagogiques. Par exemple, en 1999, une pièce de théâtre de marionnettes pour les enfants de 5 à 6 ans a été présentée dans certaines régions du Québec. Selon une évaluation, cette activité aurait entraîné une diminution de 5 % des cas d'intoxication chez les moins de 6 ans dans les régions visitées[102].

3.3.4 Étouffements et suffocations

Cette section regroupe les blessures associées aux étouffements et aux suffocations. L'étouffement est l'interruption de la respiration par l'obstruction ou la compression des voies respiratoires supérieures. La suffocation est attribuable à l'exposition à un environnement pauvre en oxygène. Dans cette section, nous allons traiter également du « syndrome de mort subite du nourrisson ».

STATISTIQUES

L'encadré 7 présente les principales données sur les étouffements et les suffocations chez les enfants de 0-14 ans au Québec et au Canada. Il y a en moyenne 9 décès et 70 hospitalisations par année pour des cas de blessures par étouffement ou suffocation chez les jeunes de 0-14 ans au Québec[6 et 7]. Au Canada, en 1997, onze des 49 décès annuels sont survenus par strangulation avec des cordons de store ou de rideaux[2].

Notons que 28 % des décès par étouffement chez les moins de 1 an surviennent dans un lit ou dans un berceau tandis que chez les 1-4 ans, plus de 50 % des décès de ce type sont causés par l'aspiration d'un aliment (bonbon, arachide ou arête de poisson). Pour les enfants de 5 à 14 ans, plus de la moitié des étouffements résultent de pendaisons non intentionnelles[2].

Encadré 7 : Faits saillants de la prévention des étouffements et suffocations chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  - Province de Québec, nombre annuel moyen, 1995-1999 (MSSS, 2000)
    - 9 décès et 70 hospitalisations par année chez les 0-14 ans
  - Canada, nombre annuel, Hospitalisations, 1996-1997 (Santé Canada, 2000)
    - 455 hospitalisations par année chez les 0-14 ans.
  - Canada, nombre annuel, 1997 (Santé Canada, 1999)
    - 49 décès chez les 0-14 ans
  - Canada, base de données SCHIRPT, 1994 (Santé Canada, 1997)
    - 60 % des cas sont des garçons.
    - 40 % des enfants décédés sont âgés de moins d'un an
    - Décès
      28 % dans un lit ou un berceau chez les moins d'un an.
      50 % par aspiration ou absorption de produits alimentaires (1-4 ans)
      50 % par pendaison accidentelle (5-14 ans)
    - Hospitalisation
      Plus du tiers des consultations à l'urgence ont nécessité une hospitalisation

- Problèmes

  - Utilisation de lits ou de berceaux non conformes
  - Choix d'aliments non adaptés à l'âge de l'enfant
  - Présence de cordons aux vêtements, sucettes, stores ou rideaux

- Mesures préventives efficaces 

  - Utiliser un lit d'enfant conforme aux normes de Santé Canada

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Lits d'enfants



Utiliser un lit pour enfant, fabriqué après septembre 1986, selon les normes de Santé Canada.

Les lits pour enfant fabriqués avant septembre 1986 ne sont pas conformes à la réglementation canadienne[33]. Offrir ces lits lors d'une vente de garage est illégal[134]. L'espacement entre les barreaux et la distance entre le matelas et le côté du lit peuvent permettre à l'enfant d'y passer la tête. Les lits avec systèmes flottants de support (avec crochets) pour le matelas doivent être détruits.



Vérifier si le matelas du lit pour enfants est un bon état. Celui-ci ne doit pas être troué ni creusé. Dans chacun de ces cas, le bébé pourrait se coincer la tête et suffoquer. Éviter de mettre des jouets ou des objets divers lorsque l'enfant est dans son lit. Les mobiles ou jouets suspendus au-dessus du lit doivent être hors de portée de l'enfant. Il ne faut jamais laisser dans le lit des sucettes reliées avec une corde, des colliers ou autres objets pouvant étouffer le bébé.

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Parcs pour enfants

Les mailles du filet entourant le parc pour enfants doivent être de type moustiquaire.

Il faut s'assurer que les mailles du filet soient assez petites pour éviter que la tête de l'enfant y entre. Les côtés du parc doivent être solides et les clenches doivent se refermer correctement pour éviter que le parc se replie sur l'enfant. Il faut éviter de mettre dans le parc des cordons, des foulards ou des colliers qui pourraient étrangler l'enfant. Il faut vérifier que le vinyle qui recouvre le fond du parc et les côtés ne soit pas endommagé pour éviter que l'enfant en avale de petits morceaux.

- Lits superposés

Ne jamais laisser jouer des enfants sous des lits superposés.

- Lits d'eau

Ne jamais laisser dormir un enfant de moins de deux ans dans un lit pour adulte ou un lit d'eau.

Selon une étude américaine s'étalant sur huit ans (1990-1997)[135], 515 décès d'enfants de moins de deux ans sont survenus dans un lit d'adulte ou un lit d'eau. Le quart de ces cas impliquait la présence d'un adulte qui dormait dans le même lit. L'enfant, dans 75 % des cas, était coincé dans la structure du lit et dans les autres cas un adulte dormait dans le même lit. Le fait de laisser dormir un enfant de moins de deux ans dans un lit d'eau augmente le risque de suffocation.

- Cordons de stores et de rideaux

Les cordons de stores et de rideaux ne doivent pas être accessibles aux enfants.

Les cordons de stores et de rideaux doivent être fixés à la hauteur des yeux d'un adulte au moyen d'une attache ou d'un crochet. Les lits d'enfant, les chaises hautes ou les parcs d'enfant ne doivent pas être placés à proximité des cordons de rideaux. Les meubles doivent être placés de façon à ne pas les toucher. Selon une étude américaine sur les cas de strangulation par cordons de rideaux, réalisée de 1981 à 1995 (n=183 décès), la majorité des décès sont survenus lorsque l'enfant dormait dans un lit ou dans un berceau[136]. Pendant le sommeil, le cordon des rideaux s'est enroulé autour du cou de l'enfant. La deuxième cause de décès (40 %) se produit lorsque l'enfant joue avec les cordons de rideaux.

- Aliments et petits objets

Éviter la présence d'aliments ou d'objets avec lesquels l'enfant peut s'étouffer. Choisir des jouets adaptés au groupe d'âge de l'enfant.

Les jeunes enfants ne peuvent manger certains aliments sans une préparation spéciale. Leurs dents permettent de déchirer les morceaux d'aliments sans toutefois pouvoir les mâcher convenablement. Par exemple, mentionnons:

- chez les moins d'un an: pommes/gomme à mâcher/bonbon;
- chez les 1-4 ans: arête de poison/bonbon/arachide;

- chez les 5-14 ans: morceau de viande/arête de poison/bonbon.

En présence de l'enfant, il faut porter une attention particulière aux petits objets qui peuvent être à sa portée (pièce de monnaie, sacs de plastique, morceaux de plastique ou boutons). Une étude australienne indique que dans le cas de suffocations non-fatales, plus de 80 % étaient causées par l'ingestion de pièces de monnaie[137]. Les ballons en latex (gonflés ou non) doivent être évités en présence de jeunes enfants et les mégots de cigarettes doivent être également jetés.

Certains jouets peuvent contenir des petites pièces qui peuvent entraîner une suffocation chez les enfants de trois ans et moins.

- Cordons de vêtements, de jouets et d'objets pour enfants

Enlever tous les cordons des vêtements, des jouets et des objets des d'enfants.

Ne jamais passer de cordes, cordons ou chaînettes autour du cou d'un enfant, ni attacher de jouets avec des cordes au montant du berceau, du parc ou du lit d'un enfant. Il faut également enlever les cordons qui sont fixés aux vêtements.

- Étagères, bibliothèques et commodes

Fixer les étagères, les bibliothèques et les commodes au mur avec une attache afin d'éviter que les enfants soient coincés en dessous s'ils basculent.

- Bacs de rangement et boîtes à jouets

S'assurer que les bacs de rangement ou les boîtes à jouets possèdent des ouvertures d'aération.

Si les bacs de rangement ou les boîtes à jouets sont assez grands pour permettre à l'enfant de s'y faufiler, il faut s'assurer qu'ils aient des ouvertures d'aération ou que le couvercle ne se ferme pas complètement. Dans la mesure du possible, le couvercle doit être léger pour éviter les blessures au cou.

- Poussettes et chaises hautes

S'assurer que la poussette ou la chaise haute soit adaptée à la taille et au poids de l'enfant. L'utilisation des poussettes et des chaises hautes doit se faire sous la surveillance étroite d'un adulte.

Les poussettes et les chaises hautes doivent être en bonne état. Dans le cas des poussettes, le siège ne doit pas se détacher du cadre, même en tirant très fort sur la ceinture de sécurité. Les roues et les freins de la poussette doivent être solides et en bon état de fonctionnement. Les poussettes et les chaises hautes doivent avoir un système de retenue efficace (une courroie entre les jambes et une ceinture de sécurité abdominale).

- Syndrome de la mort subite du nourrisson

Placer le nourrisson sur le dos pour dormir.

Au Canada, à chaque semaine, il y a environ trois bébés qui meurent de façon subite. Généralement, les décès surviennent pendant que le bébé dort[138 et 139]. Il n'y a actuellement aucune explication des causes de ces décès, mais il existe des moyens pour en réduire le risque. Le nourrisson doit dormir sur le dos. Il faut éviter les matelas trop mous, la présence de jouets ou d'objets dans le lit et les couvre-matelas en plastique. Il faut de plus s'abstenir de fumer en présence du nourrisson. L'allaitement contribue à réduire le risque de la mort subite du nourrisson[140].

Programmes de prévention

- Programmes éducatifs

Il n'y a pas vraiment de programme spécifique de prévention des étouffements ou de la suffocation pour les enfants de 0 à 14 ans.

Toutefois, nous présentons certains résultats du programme de la trousse de prévention des blessures à domicile survenant chez les jeunes enfants de la région du Bas Saint-Laurent[132].

On trouve, dans la trousse de prévention qui est remise aux parents, des « raccourcisseurs » de fils et de cordons de stores. Selon les résultats du questionnaire, la trousse a permis une augmentation de la connaissance du comportement sécuritaire portant sur les cordons des rideaux et des stores ainsi que sur le rangement sécuritaire de la farine et des pâtes. Nous pouvons considérer que cette trousse contribue à la prévention des blessures à domicile chez les jeunes enfants.

3.3.5 Noyades et quasi-noyades à domicile

STATISTIQUES

Les noyades arrivent en deuxième position dans les décès par blessures chez les jeunes enfants. Au cours de la période de 1991-1995, il y a eu 109 cas de noyade en moyenne par année au Québec[3] (1991-1995), dont 15 victimes âgées de moins de 15 ans (encadré 8) . Plus de huit décès par noyade sur dix se produisent chez les 0-4 ans. Les quasi-noyades représentent chez les enfants environ 50 cas d'hospitalisation par année au Québec. La quasi-noyade se définit comme une suffocation ou immersion dans l'eau, suivie d'une survie pouvant être temporaire[142]. Le taux d'hospitalisation par année est six fois plus élevé chez les 0-4 ans (7,88 par 100 000) que chez les 5-14 ans (1,3 par 100 000).

Au Canada, en 1997[2], il y a eu 63 cas de noyade chez les 14 ans et moins (encadré 8). Comme pour le Québec, le taux de mortalité est plus élevé chez les 1-4 ans que chez les enfants plus âgés.

Il y a eu trois décès par noyade chez les nourrissons au Canada dont deux noyades dans une baignoire. Chez les 1-4 ans, 12 % des cas concernaient des noyades dans la baignoire. Chez les 5-9 ans, ce type d'événement représente moins de 4 % des cas[2]. Chez les 10-14 ans, environ 30 % des décès par noyade surviennent pendant une activité de baignade et 30 % lors d'une activité de canotage[141. et 142].

La majorité des quasi-noyades chez les 1-4 ans se produisent dans le bain (plus de 85 % des cas), alors que chez les enfants de 10-14 ans, les noyades se produisent généralement durant les activités récréatives.

Encadré 8: Faits saillants de la prévention des noyades et des quasi-noyades à domicile chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Province de Québec, nombre annuel moyen, 1991-1995 (MSSS, 1998)
    - 15 décès dont 12 chez les de 0-4 ans
    - 50 quasi-noyades (hospitalisations), les 0-4 ans sont les plus à risque
  * Canada, nombre annuel, 1997 (Santé Canada, 1999)
    - 63 décès chez les 0-14 ans

      67 % des décès par noyade chez les moins d'un an sont dans le bain.

      12 % des décès par noyade chez les 1-4 ans sont dans le bain
  * Canada, Localisation, 1995 (Croix-Rouge, 1997)

    -Décès par noyade

      40 % des décès par noyade chez les 1-4 ans sont dans les piscines

      25 % des décès par noyade chez les 5-9 ans sont dans les piscines

      20 % des décès par noyade chez les 10-14 ans sont dans les piscines

- Problèmes

  * Manque d'attention pendant le bain : dans la majorité des noyades, l'enfant était sans surveillance
  * Absence de clôture ou installation non sécuritaire pour les piscines résidentielles
  * Absence ou non-port de vêtement de flottaison individuel (VFI)

- Mesures préventives efficaces

  * Installer une clôture (≥ 1,2 m) munie d'une porte à fermeture et à verrouillage automatiques
  * Faire porter un vêtement de flottaison individuel (VFI) pendant la baignade (jeunes enfants)
  * Utiliser, sous la surveillance d'un adulte, une baignoire conçue pour les bébés
  * Assurer une présence constante pendant le bain ou la baignade

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Piscine résidentielle



Les clôtures et les barrières, de 1,2 mètre (4 pieds) et plus, dont les portes sont munies d'un mécanisme de fermeture et de verrouillage automatiques sont des mesures de prévention efficaces.

Dans le cas des piscines résidentielles, les mesures préventives les plus efficaces sont celles qui font en sorte que le jeune enfant n'a pas accès à la piscine. Il est d'ailleurs démontré que 70 % des événements sont évités par la présence d'une clôture[143]. Ce résultat provient d'une étude américaine effectuée dans les années 80 dans le « Orange County » près de Los Angeles.

Une enquête nationale a également été effectuée, en 1994, aux États-Unis[144]. Les résultats de celle-ci montrent que 76 % des piscines résidentielles étaient clôturées. Les auteurs estiment que 19 % des noyades chez les enfants de moins de cinq ans auraient été évitées si toutes les piscines résidentielles avaient été clôturées.

Au Québec, le taux de décès par noyade dans les piscines résidentielles chez les 0-4 ans est trois fois plus élevé que la moyenne canadienne. Deux études (Lanaudière[145] et Montérégie[146]) ont été effectuées pour étudier la réglementation municipale concernant les piscines résidentielles. En général, les municipalités exigent que la clôture mesure 1,2 mètre de haut. De plus, les intervenants en santé publique recommandent que la hauteur de la clôture soit d'au moins 1,2 mètre et qu'elle soit munie d'une porte ayant une fermeture et un verrouillage automatiques (ressort ou charnière à ressort)[145,146,147,148,149,150]. En effet, un enfant de quatre ans mesure en

moyenne 1,1 mètre (3,5 pieds); lorsqu'il lève le bras, il peut atteindre le dispositif de verrouillage automatique et ouvrir la porte.

Concernant les piscines hors-terre, la hauteur des parois doit être de 1,2 mètre et plus et la promenade autour de la piscine doit être munie d'un garde fou et d'une porte à fermeture et à verrouillage automatiques[148 et 149].

 **Les réglementations municipales sont une mesure de prévention à promouvoir.**

 **L'efficacité de ces mesures de prévention est augmentée lorsque les parents effectuent une surveillance constante des enfants lorsqu'ils sont dans la piscine et s'ils améliorent leurs connaissances des premiers secours (techniques de réanimation cardio-vasculaire). Le système de filtration doit être placé à plus de deux mètres de la piscine ou hors de portée des enfants afin d'éviter qu'ils l'escaladent.**

- Vêtement de flottaison individuel (VFI)

Voir la section 3.5.5 sur les noyades et quasi-noyades en plan d'eau.

- Bain d'enfant



Le bain du bébé doit se donner dans une baignoire conçue pour lui. Le bain des jeunes enfants doit se faire sous la surveillance d'un adulte. Ce comportement est considéré comme une mesure efficace de prévention.

Selon les données du système canadien de surveillance des décès liés à l'eau, plus de 65 % des noyades chez les enfants se produisent lorsqu'il n'y a pas de surveillance[141]. Une étude américaine[152] qui s'est déroulée sur une période de 13 ans (1983-1995) révèle que dans plus de 90 % des cas de noyades survenues dans le bain, chez les enfants de 0-18 mois, l'enfant était dans un siège pour bébé « bathtub seat or ring » et laissé sans surveillance. En moyenne, le temps sans surveillance ne dépassait pas 4 minutes. La commission américaine des produits de sécurité (United States Consumer Product Safety Commission) ne recommande pas ces équipements[153].

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Programmes de prévention

- Cours et campagne de sensibilisation

Il existe au Québec plusieurs organismes et municipalités qui offrent des cours de natation pour les enfants. La Société canadienne de la Croix-Rouge propose également plusieurs cours de natation. Les différentes campagnes de prévention des noyades axées sur la connaissance de la natation et des premiers soins sont utiles dans la réduction des décès par noyade.

Un autre organisme, la société canadienne de sauvetage - Division Québec, donne des cours sur la prévention des noyades et la réanimation cardio-respiratoire.

3.3.6 Morsures d'animaux domestiques

Cette section regroupe les blessures causées par des animaux domestiques, plus particulièrement les blessures par morsures de chien.

STATISTIQUES

Il y aurait eu au Québec, en 1997, 117 000 cas de morsures d'animaux, dont 65 % des cas concernaient des enfants[154] (encadré 9) . Selon les données du Bureau du coroner du Québec, il y a eu deux morts par morsures de chien au cours de l'année 1998[155]. Au niveau des hospitalisations, la moyenne annuelle (1991-1995) au Québec est de 95 chez les 0-4 ans et de 106 chez les 10-14 ans[3]. Notons que près de la moitié des hospitalisations pour morsures d'animaux chez les 0-4 ans sont causées par des arthropodes (araignées) non venimeux, suivies par les morsures de chien. Chez les 5-14 ans, les hospitalisations par morsures de chien arrivent bonnes premières[3].

Au Canada, selon les données du SCHIRPT, les morsures de chien représentent moins de 1 % de l'ensemble des consultations à l'urgence pour des blessures[156]. Toutefois, peu d'enfants ayant consulté à l'urgence sont hospitalisés pour des morsures de chien. L'encadré 9 montre que ces blessures sont généralement situées au niveau du visage de l'enfant.

Encadré 9 : Faits saillants de la prévention des morsures d'animaux domestiques chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Province de Québec, nombre annuel moyen, 1991-1996 (Laforêt et Comeau, 1999)
    - 117 000 morsures (75 000 chez les enfants)
    - 2 décès par morsures de chien au Québec en 1998
    - 65 hospitalisations sur l'île de Montréal (1991-1996)

  * Canada, base de données SCHIRPT de 1996 (Santé-Canada, 1999)
    - 43 % des morsures de chien chez les 0-9 ans se produisent à la maison
    - 35 % des morsures de chien surviennent avec le chien d'un ami, d'un voisin ou d'un parent
    - 73 % des blessures sont des morsures, 18 % des lacérations et 8 % des éraflures
    - 30 % des blessures sont au niveau de la tête/cou/visage
    - Près de 5 % des consultations ont nécessité une hospitalisation

- Problèmes

  * Rencontre avec un animal sans la surveillance d'un adulte
  * Réglementations municipales incomplètes ou peu appliquées
  * Peu de contrôle au niveau des chiens dangereux
  * Pas ou peu de formation des maîtres de chiens de protection
  * Petites tailles des enfants

- Mesures préventives efficaces 

  * À ce jour, aucune mesure préventive efficace connue

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- En présence d'animaux

Ne pas laisser un jeune enfant seul avec un animal [157].

- Laisse pour animal

Les chiens doivent être tenus en laisse dans les endroits publics (parcs, rues, édifices).

- Clôtures

Les chiens de protection doivent être gardés dans un enclos fermé ou encore dans une pièce à laquelle un enfant ne peut accéder directement.

Programmes de prévention

- Réglementation municipale

La principale mesure préventive concernant les morsures de chiens est la réglementation municipale. La réglementation municipale porte sur l'enregistrement de l'animal, le port de la laisse dans les parcs et sur les voies publiques et la définition de chiens dits dangereux (pour certaines races de chiens). Toutefois, comme le précise Laforêt et Comeau[111], la réglementation municipale est parfois incomplète et l'application est souvent déficiente.

Ces auteurs[155] proposent une série de recommandations à inclure dans une réglementation municipale sur les chiens, portant sur les aspects de l'enregistrement, de la preuve de vaccination antirabique et de la stérilisation. Elles proposent de prendre « *l'Avis du Conseil des directeurs de santé publique du Québec* »[158] pour la définition de chiens considérés comme dangereux. Pour le Conseil, le chien est considéré dangereux s'il a un des comportements suivants:

- toute attaque qui nécessite une réaction défensive de la part d'une personne pour prévenir une blessure ou un dommage à la propriété alors que cette personne se comporte pacifiquement et selon la loi ;

- toute attaque envers un autre animal qui survient en dehors de la propriété où réside le propriétaire de l'animal attaquant ;

- toute attaque qui résulte en une blessure chez une personne qui se comporte pacifiquement et selon la loi ;

- tout comportement qui constitue une menace de blessures chez une personne qui se comporte pacifiquement et selon la loi.

3.3.7 Armes à feu (blessures non intentionnelles)

Cette section traite des blessures non intentionnelles par arme à feu. Comme il a été mentionné précédemment, les homicides et les suicides ne sont pas considérés dans ce guide.

STATISTIQUES

Au Canada, en 1997, il y a eu sept décès non intentionnels par arme à feu chez les 0-14 ans[2], ce qui représente une baisse d'environ 20 % par rapport à 1987[159]. Dans l'ensemble des décès par arme à feu au Canada, un décès sur cinq est non intentionnel[160] (encadré 10).

Au Québec en 1995, il y a eu neuf décès non intentionnels par arme à feu dont un décès chez un enfant âgé de moins de 15 ans[5]. En ce qui concerne les hospitalisations, treize cas âgés de moins de 15 ans ont été recensés au cours de l'année 1995-1996. Près de 40 % des blessures par arme à feu sont causées par des carabines de chasse.

Encadré 10 : Faits saillants de la prévention des blessures non intentionnelles par arme à feu chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Province de Québec, 1995 (Masson, Dorval, 1998)
    - 1 décès
    - 13 hospitalisations (1995-1996)
    - 40 % des blessures sont causées par des carabines de chasse
  * Canada, 1997 (Santé Canada 1999)
    - 7 décès chez les 0-14 ans

    100 % des cas sont des garçons

- Problèmes

  * Arme à feu chargée et accessible aux enfants
  * Possession d'armes à feu par des mineurs
  * Cours de maniement des armes à feu offert aux jeunes enfants (12 à 14 ans)

- Mesures préventives efficaces 

  * À ce jour, aucune mesure préventive efficace connue

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Possession d'une arme à feu

La Coalition pour le contrôle des armes recommande que l'âge autorisé pour obtenir un permis de possession et d'acquisition soit porté à 18 ans.[161]

Les mineurs de 12 à 17 ans sont régis par un règlement de la loi canadienne sur les armes à feu (C-68) adopté le 5 décembre 1995 et mis en vigueur le 1er octobre 1998[162]. Ainsi, pour obtenir un permis de possession d'armes à feu, un mineur doit avoir suivi le cours canadien de sécurité sur le maniement des armes à feu et réussir l'examen. Ensuite, il peut faire une demande pour obtenir un formulaire de « *Permis de possession d'armes à feu pour un mineur* » au Centre canadien des armes à feu (CCAF). Ce permis autorise le tir sur cible, la chasse, la formation dans le maniement des armes à feu et la participation à des compétitions de tir organisé. Le « *Permis de possession et d'acquisition* » est réservé pour les personnes de 18 ans et plus. La personne mineure doit également remplir le formulaire avec le consentement écrit d'un parent ou de son tuteur. L'évaluation de la demande de permis se fait en présence (et/ou) d'un parent[163].

- Entreposage des armes à feu

Les armes à feu doivent être entreposées hors de vue et hors de portée des enfants.

L'entreposage des armes à feu fait partie de la réglementation de la « *Loi canadienne sur les armes à feu* » (adoptée en 1995 et mise en vigueur en 1998)[162 et 164].

Le particulier ne peut entreposer une arme à feu sans restriction (carabine, fusil) que si les conditions suivantes sont respectées :

a) elle est non chargée;
ET

b) elle doit être déposée dans une pièce ou contenant fermé à clef; OU
elle doit être verrouillée au niveau de la gâchette; OU
elle est rendue inopérante par le retrait du verrou ou de la glissière ET

c) Les munitions doivent être placées dans un autre endroit dans un contenant fermé à clef.

Cette mesure d'entreposage va contribuer à la prévention des blessures par arme à feu. Selon un sondage de Léger & Léger en 1994[165], 44 % des propriétaires d'armes à feu possédaient une arme à feu opérante (chargée), 61 % des propriétaires ont répondu qu'au moins une arme était accessible et 91 % des propriétaires ont déclaré avoir suivi un cours sur le maniement des armes à feu. Selon la Coalition pour le contrôle des armes, le fait de rendre inopérantes les armes à feu par le retrait du verrou ou de la glissière n'est pas une mesure complètement efficace. La Coalition suggère plutôt que les armes à feu soient verrouillées au niveau de la gâchette.

Programmes de prévention

Aucun programme de prévention connu à ce jour.



FERME

3.4 FERME

STATISTIQUES

Selon les données du Programme canadien de surveillance des blessures en milieu agricole (PCSBMA), il y a en moyenne 10 décès[f] par année (1990-1996) chez les enfants de 0-14 ans au Canada[166] et 86 % des décès sont causés par une machine agricole (encadré 11). Les principales causes de décès des enfants sont l'écrasement par de la machinerie agricole lorsqu'ils sont spectateurs ou la chute comme passager. Précisons que le PCSBMA a comme objectif la collecte, l'analyse et la diffusion des données portant sur ce type de blessures[168]. Au Québec, au cours de la même période, il y a eu 20 décès au total chez les enfants de moins de 15 ans, soit environ 3 décès par année[166]. Le tracteur est impliqué dans plus de 50 % des décès liés à une machine. Sept fois sur dix, c'est l'enfant du propriétaire de la ferme ou de l'exploitation agricole qui est la victime[168].

Il y a eu 591 hospitalisations causées par de la machinerie agricole chez les jeunes de moins de 15 ans dans les dix provinces canadiennes entre 1990 et 1996 dont 99 dans la province de Québec[167]. Selon les données du SCHIRPT de 1992-1994[2], la principale cause de la blessure en milieu agricole chez les 0-4 ans et chez les 5-9 ans est la chute (étable, granges) avec respectivement 21 % et 29 % des cas. Chez les 10-14 ans, la principale cause de blessure est la ruade ou le piétinement par un animal (29 %). Au Québec, il y a 19 hospitalisations pour blessure par année (1990-1996) chez les enfants de moins de 15 ans causées par de la machinerie agricole[167].

[f] Blessures mortelles dans le cadre d'un travail en milieu agricole.

Encadré 11: Faits saillants de la prévention des blessures à la ferme chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Province de Québec, nombre annuel moyen, 1990-1996 (Paré, 1999)
    - 3 décès
      80 % sont causés par de la machinerie agricole
    - 19 hospitalisations (machinerie seulement)
      30 % des blessures sont causées par un tracteur
  * Canada, base de données PCSBMA de 1990-1996 (PCSBMA, 1998)
    - 10 décès (travail en milieu agricole).
      35 % comme spectateur.
      30 % comme passager
  * Canada, base de données du SCHIRPT, 1992-1994 (Santé Canada, 1997)
    - 28 % sont causées par une ruade, 27 % par la machinerie, 26 % par une chute
    - 0-4 ans, 21 % des blessures sont dues à des chutes.
    - 5-9 ans, 29 % des blessures sont dues à des chutes
    - 10-14 ans, 29 % des blessures sont causées par des ruades, des piétinements ou a été traîné

- Problèmes
  * Manque de supervision des enfants d'âge pré-scolaire par un adulte lors d'activités agricoles
  * Présence d'enfants dans les aires de travail
  * Enfant comme passager d'un tracteur

- Mesures préventives efficaces 

  * À ce jour, aucune mesure préventive efficace connue

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Tracteur et machinerie agricole

Les enfants ne doivent pas être passagers ou se tenir à proximité d'un tracteur ou d'une machinerie agricole en mouvement.

La proximité d'un tracteur ou d'un équipement agricole est le principal facteur de blessures chez les enfants[170,171]. Le conducteur peut perdre de vue l'enfant pendant une manœuvre. Une partie du vêtement de l'enfant peut rester accroché à une pièce de la machinerie en mouvement. Les enfants ne doivent pas être passagers sur un tracteur ou encore sur de la machinerie agricole, sauf s'ils disposent de sièges installés par le fabricant.

- Clôtures

Les bassins, les étangs et les structures d'entreposage du fumier doivent être clôturés.

Pour éviter les noyades, les bassins, les étangs et les structures d'entreposage doivent posséder une clôture dont la hauteur minimale est de 1,2 mètre.

- Échelles

Les échelles fixes sur les bâtiments ou à l'intérieur doivent être hors de portée des enfants ou posséder un dispositif de sécurité afin d'en limiter l'accès. Les échelles portatives doivent être placées loin des endroits dangereux.

- Animaux

Ne jamais laisser un jeune enfant (0-4 ans) seul en présence d'un gros animal . Les enfants ne doivent pas avoir accès aux endroits qui n'ont qu'une seule issue.

Selon les données du SCHIRPT[4], près du tiers des blessures (27,2 %) chez les enfants de 0-4 ans sont causées par un animal. Les enfants âgés de 0 à 4 ans peuvent nourrir les petits animaux. Entre six et onze ans, ils peuvent nourrir les animaux sous la supervision des parents.

Programmes de prévention

- Programmes éducatifs

« **Prudo et Casse-Cou à la ferme** » est un programme implanté dans la région de Québec[172]. Il est offert en milieu scolaire et est constitué d'un atelier d'une durée d'une heure comprenant un diaporama de 80 dessins et un livre-jeu. Ce sont les élèves des écoles primaires (6 à 12 ans) situées en milieu rural qui sont visés. Les thèmes abordés dans le cadre de ce programme concernent la machinerie, les animaux, les sports en milieu rural (été et hiver) et les véhicules à moteur (VTT, tracteur, motoneige, etc.). Une évaluation de ce programme a été réalisée en septembre 1999[173]. L'auteur conclut : « La formation des enfants est une activité pertinente et nécessaire. La session Prudo et Casse-Cou à la ferme contribue à sensibiliser les enfants aux questions de santé et de sécurité et à cet égard, elle est positive. »[173].

En 1992, dans l'État de l'Illinois, un organisme communautaire a réalisé un programme de prévention des blessures chez les enfants (9 à 12 ans) en milieu rural. Le programme « **Teaching Agriculture Safety Kids**[175] » (TASK) comprenait 28 cours (cours magistraux, activités de groupe et travaux individuels). Les thèmes abordés incluaient la violence, la sécurité avec les machineries agricoles, les équipements de protection personnelle et la sécurité avec les animaux. En 1997, le programme TASK dans l'état du Missouri comptait 50 professionnels communautaires formés, 22 communautés rurales visitées et près de 1500 élèves touchés dans l'ensemble de l'État. Selon une évaluation, 31 % des élèves du programme avaient une

connaissance des comportements sécuritaires, comparativement à 7 % pour les élèves n'ayant pas suivi le programme[176].

- Campagne de sensibilisation

« **La sécurité des enfants à la ferme, un investissement pour l'avenir** » est une activité qui a été réalisée durant la semaine de prévention en agriculture du 10 au 17 mars 1999 dans plusieurs régions du Québec[174]. Elle s'adressait plus particulièrement aux exploitants d'une entreprise agricole. Le but des ateliers, d'une durée de deux heures et demie, était de sensibiliser les parents aux risques de blessures en milieu agricole par une présentation sur la problématique ainsi que par des témoignages de la part des parents. L'animateur amenait les participants à prendre conscience des risques et à réfléchir sur les moyens d'actions.



3.5 SPORTS ET LOISIRS

Cette section porte sur les blessures liées aux appareils de jeu, aux patins à roues alignées, à la planche à roulettes, à la trottinette, à la pratique du ski et de la planche à neige, aux noyades en plan d'eau, aux véhicules hors route, aux activités sportives d'équipe, au camping et aux activités de plein d'air.

3.5.1 Appareils de jeu

Les blessures en milieu récréatif recoupent les blessures liées aux appareils de jeu dans les parcs publics et à domicile. L'application de normes de sécurité des appareils dans les terrains de jeu est considérée comme une mesure préventive efficace. L'adoption de comportements sécuritaires par les enfants et la surveillance sont présentées à titre informatif. Concernant l'application de normes d'aménagement sécuritaire des appareils de jeu par les municipalités, elle sera brièvement décrite dans la section sur les mesures préventives. Les éléments présentés dans cette section visent à sensibiliser les intervenants du milieu de la petite enfance à surveiller les enfants jouant sur les appareils et dans les aires de jeu.

STATISTIQUES

Au cours de la période de 1992-1995, il y a eu au Canada huit décès d'enfant causés par des appareils de jeu (encadré 12). Tous les décès sont dus à des strangulations ou des asphyxies. Cinq de ces décès ont été causés par un cordon ou un vêtement resté accroché à un appareil de jeu[4]. Quatre autres décès sont survenus sur des glissoires.

Encadré 12: Faits saillants de la prévention des blessures liées aux appareils de jeu chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Canada, nombre annuel moyen, 1992-1995 (Santé Canada, 1997)
    - Huit décès au Canada (1992-1995)
      100 % par strangulation ou asphyxie
      Dans cinq cas, le vêtement de l'enfant ou le cordon est resté accroché à un appareil
  * Canada, nombre annuel moyen, 1990-1992 (Santé-Canada, 1997)
    - 2791 hospitalisations
  * Canada, base de données du SCHIRPT de 1996 (Santé Canada, 1998)
    - 4225 cas de consultation pour des blessures
    - 40 % des cas sont des fractures
      45 % sont situées à l'avant-bras, 16 % coude, 10 % jambe
    - 24 % des cas sont des contusions
      38 % à la tête/cou, 11 % au dos, 10 % au pied/orteil
    - 47 % des traitements sans suivi, 43 % des traitements avec suivi et 10 % d'hospitalisation
  * Montréal, consultations à l'urgence de deux hôpitaux, 1995 (Robitaille et coll., 1997)
    - 423 cas de consultations pour des blessures sur des appareils de jeu
    - 37 % dans un parc public et 35 % à l'école
    - 21 % glissoire, 21 % grimpeur et 20 % balançoire

- Problèmes

  * Appareils de jeu ne correspondant pas aux normes
  * Comportements non sécuritaires de l'enfant

- Mesures préventives efficaces 

  * S'assurer que les équipements et les aires de jeu dans les parcs publics soient conformes à la norme Z-614-98 de l'ACNOR (CSA)

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

Selon les données du SCHIRPT[4], chez les 0-4 ans, près de 50 % des blessures ont eu lieu dans un terrain de jeu public, dont 34 % sur la glissoire. De plus, 74 % des cas de blessures sont dus à une chute et 33 % des blessures résultent en une fracture aux membres supérieurs. Chez les enfants de 0-14 ans, les blessures surviennent principalement avec des équipements de jeu situés dans les terrains et les parcs publics municipaux ou nationaux[4 et 177]. L'équipement de jeu qui provoque le plus de blessures est de type grimpeur. Dans huit cas sur dix, la blessure résulte d'une chute.

- MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Appareils de jeu



L'application de la norme CAN/CSA Z-614-98 aux appareils de jeu est efficace pour la réduction des blessures.

La norme de l'Association canadienne de normalisation (CSA) pour les équipements des aires de jeu est une norme volontaire qui s'applique aux endroits suivants : aires de jeu publiques (parcs publics et écoles) et les centres de la petite enfance[178]. Cette norme décrit les caractéristiques que les équipements ou les appareils de jeu situés dans ces aires de jeu doivent rencontrer pour être sécuritaires. Cette norme est basée sur les recommandations d'un comité d'experts.

Un guide basé sur la norme CAN/CSA Z-614-98 a été rédigé par les intervenants de la Direction de la santé publique de la Montérégie[179]. Ce guide est un outil d'interprétation de la norme concernant l'aménagement sécuritaire des équipements et des aires de jeu. Il est composé

d'extraits de la norme, d'aide-mémoire et de grilles d'inspection et d'entretien à remplir par l'intervenant.

L'efficacité des normes CSA pour les appareils et les aires de jeu a été démontrée entre autres par les résultats de deux recherches canadiennes. La première étude s'est déroulée dans la région de Kingston en Ontario et la seconde dans la région de Montréal.

Les résultats de l'étude de Kingston[180] indiquent que les blessures sont liées à la présence d'une surface non-sécuritaire autour de l'appareil de jeu, à la profondeur (couche) de la surface absorbante et à la présence de rampes et de barrières de sécurité non conformes pour les plates-formes surélevées. Les appareils de jeux ne répondaient pas aux normes de sécurité canadiennes ou américaines.

Dans la seconde étude, plus récente, à Montréal[181 et 182], les auteurs ont étudié près de 1 200 équipements de jeu dans 205 parcs de l'île de Montréal. Les observations ont été effectuées avec une grille d'inspection générale des équipements dans les aires de jeu selon les normes du CSA. Les résultats indiquent qu'une baisse du nombre de blessés a été observée au niveau des équipements de jeu publics (-23 %) de 1994 à 1995 sur l'île de Montréal. L'aménagement sécuritaire des appareils et des aires de jeu s'est amélioré au cours de la période. Toutefois durant la même période, le nombre de blessés sur les appareils de jeu résidentiels ont augmenté[181].

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Entretien des appareils de jeu

S'assurer que les appareils de jeu à domicile ou dans les aires de jeu publiques sont sécuritaires.

Les parents doivent s'assurer que les appareils de jeu à domicile, au parc ou à l'école sont sécuritaires. Il ne faut pas hésiter à téléphoner aux services des loisirs de la municipalité pour connaître les normes recommandées.

Spécifions que les surfaces sous les appareils de jeu doivent être en sable (sable à béton) et d'une épaisseur de 30 centimètres (12 pouces) pour les appareils ne dépassant pas 1,8 mètre (6 pieds) de haut et elles doivent couvrir un périmètre de 1,8 mètre (6 pieds) autour de l'appareil. La pelouse, l'asphalte et les surfaces en terre battue ne sont pas des surfaces de protection sécuritaires[183,184,185].

- Comportements sécuritaires

L'adoption de comportements sécuritaires par les enfants est une mesure de prévention à promouvoir.

L'adoption de comportements sécuritaires pendant l'utilisation d'équipements de jeu peut réduire le risque de blessure. Le fait que l'enfant possède une connaissance des comportements sécuritaires à adopter (ne pas courir, ne pas sauter, etc...) n'entraîne pas leur adoption de manière systématique.

- Surveillance de l'enfant

L'utilisation des appareils de jeu par les enfants sous la surveillance d'un adulte est une mesure de prévention à promouvoir.

La surveillance des enfants dans les terrains de jeu (domicile, parc ou école) est également importante chez les 5-9 ans. Le parent ou l'adulte doit s'assurer que l'enfant ne porte pas de cordons ou de foulards qui pourraient s'accrocher aux appareils de jeu. Ils doivent s'assurer que l'enfant ne joue pas les pieds nus.

Programmes de prévention

Aucun programme de prévention connu à ce jour.

3.5.2 Patins à roues alignées, planche à roulettes et trottinette

STATISTIQUES

Il est difficile d'établir le nombre de blessés et de décès chez les patineurs à roues alignées et les utilisateurs de planche à roulettes et de trottinette. Cette catégorie d'usagers de la route n'est pas précisée dans les rapports d'accidents de la Société de l'assurance automobile du Québec (usager non-motorisé) ou encore dans les rapports médicaux. Actuellement, le portrait de la problématique demeure partiel.

L'encadré 13 présente, sur la base de données de SCHIPRT[186], le nombre de blessés liés aux patins pour l'année 1994 pour le Canada et pour la région de Montréal[187]. En 1994, au Canada, le nombre de blessés chez les adeptes du patin à roues alignées représentait 0,6 % de l'ensemble des blessés répertoriés dans la banque du SCHIRPT. Notons que la majorité des blessés sont âgés de 10 à 14 ans et que cette situation se retrouve également en Australie[188]. Chez les patineurs, les entorses au poignet et les fractures de l'avant-bras constituent les principales blessures[186,187,188,189]. Au niveau des trottinettes, le U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC) note qu'il y a eu près de 9 400 blessures traitées à l'urgence au cours de la période de janvier-août 2000, soit une augmentation de 700 % par rapport à l'année précédente[190]. Plus de 90 % des blessés étaient âgés de moins de 15 ans.

Encadré 13: Faits saillants de la prévention des blessures liées aux patins à roues alignées, à la planche à roulettes et à la trottinette chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Canada, base de données du SCHIRPT 1994 (Santé Canada, 1996)
    - 653 cas de consultations pour les blessures liées aux patins à roues alignées en 1994
    - 73 % des blessés sont âgés de 10-14 ans et 26 % sont âgés de 5-9 ans
    - 42 % des blessures sont des fractures
      - 54 % sont situées à l'avant-bras, 12 % aux doigts
    - 29 % des blessures sont des contusions
      - 19 % à l'avant-bras, 18 % à la partie inférieure de la jambe
    - 14 % des blessures sont des entorses ou foulures
      - 38 % aux poignets
    - 2 % des blessures sont des commotions cérébrales
  * Montréal, consultations à l'urgence de deux hôpitaux, 1993 (Beaulne, 1994)
    - 134 cas de consultations

- Problèmes

  * 82 % des blessées ne portaient aucun équipement de protection
  * 41 % des blessures sont survenues sur la chaussée
  * 57 % des blessures sont causées par des pertes de contrôle non expliquées

- Mesures préventives efficaces 

  * Faire porter un casque et des équipements de protection normalisés (coudières, genouillères, gants, protège-poignets)

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Équipements sécuritaires



Le port d'équipements protecteurs lors de l'utilisation des patins à roues alignées, de la planche à roulettes ou d'une trottinette permet d'atténuer la gravité des blessures.

Les coudières (protège-coudes), les genouillères et les gants sont efficaces pour prévenir les blessures comme les lacérations, les abrasions et les contusions[192].

Une étude américaine[193] a démontré que les protège-poignets sont efficaces pour la réduction de la sévérité des fractures du poignet.

Le casque de protection est une mesure active efficace contre les fractures du crâne et les traumatismes crâniens[192].

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Code de la sécurité routière

Le respect du « *Code de la sécurité routière* » peut permettre une réduction du nombre de blessés pour ces types de moyens récréatifs de locomotion.

L'article 499 du « *Code de la sécurité routière* » du Québec mentionne que :

> « Nul ne peut faire usage sur la chaussée de patins, de skis, d'une planche à roulettes ou d'un véhicule-jouet »[194]

Certaines municipalités permettent aux patineurs à roues alignées d'utiliser certaines rues, les pistes cyclables, les sentiers asphaltés dans les parcs et les voies aménagées pour les piétons[195]. Toutefois, cette réglementation n'est pas uniforme d'une municipalité à l'autre.

- Techniques de base

Soulignons que la formation et l'acquisition de techniques de base pour l'utilisation de patins à roues alignées peuvent aider à la prévention des blessures. Toutefois, la formation à l'utilisation des patins à roues alignées n'a pas fait l'objet d'une évaluation de ses effets.

Programme de prévention

Aucun programme de prévention connu à ce jour.

3.5.3 Skis, planche à neige et autres équipements de glissade

STATISTIQUES

La pratique du ski alpin, du ski de fond et de la planche à neige est très importante au Québec. Selon les données de la Direction de la sécurité du Secrétariat au loisir et au sport[196], il y a près de 1 million de Québécois qui fréquentent annuellement les pistes de ski (alpin, ski de fond et planche à neige). De ce nombre, les adeptes de la planche à neige sont en hausse constante depuis ces dernières années, soit environ 140 000[196].

Selon la Direction de la sécurité du Secrétariat au loisir et au sport[197], il y a en moyenne annuellement 17 000 personnes de six ans et plus qui se blessent en ski alpin au Québec et 9 000 en planche à neige (encadré 14). Cela représente près de 2 blessés par 1 000 personnes-journée de ski[198]. Les usagers de la planche à neige âgés entre 12 et 17 ans sont les plus fréquemment traités (63 %) pour blessures parmi l'ensemble des usagers[199].

Le risque d'être blessé est plus grand chez les enfants et les adolescents que chez les skieurs adultes. Ce risque est calculé en fonction du pourcentage de skieurs blessés pour chaque groupe d'âge et du pourcentage de skieurs actifs de ce groupe d'âge. Chez les skieurs de 6-11 ans, le risque de blessures est de 1,7 fois plus grand que celui du skieur adulte. Ce risque augmente à 3,1 chez les skieurs âgés de 12-14 ans. Cette situation est soulevée également dans une étude sur les blessures à ski réalisée en Colombie-Britannique, avec un taux d'incidence de 3,2 par 1000 skieurs-jour chez les 7-12 ans et de 3,3 par 1000 skieurs-jour chez les 13-17 ans[200].

Encadré 14: Faits saillants de la prévention des blessures liées au ski et à la planche à neige chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Province de Québec, moyenne annuelle, 1995-1998 (Direction de la sécurité, 2000)
    - 7200 blessés de ski alpin chez les 0-14 ans
    - Risque de blessures 1,7 fois plus élevé chez les 6 à 11 ans
    - Risque de blessures 3 fois plus élevé chez les 12 à 14 ans

    - 75 % des blessures sont des fractures
      - 50 % sont situées aux jambes, 22 % aux bras
    - 20 % des blessures sont des plaies mineures
    - 3 fois plus de blessures aux poignets-mains chez les planchistes que chez les skieurs
    - 3,5 fois plus de blessures aux genoux chez les skieurs que chez les planchistes

- Problèmes

  * Comportements à risque sur les pentes
  * Absence d'équipements de protection sécuritaires
  * Manque de formations techniques

- Mesures préventives efficaces 

  * Faire porter un casque et des équipements de protection normalisés (protège-poignets chez les planchistes)

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

Par contre, une étude américaine dans l'État du Vermont, portant sur une période de 10 ans, indique un taux de 4,3 par 1000 skieurs-jour pour les enfants et de 2,9 pour 1000 skieurs-jour pour les adolescents[201]. Il reste néanmoins que le risque de blessures liées à la pratique du ski ou de la planche à neige est plus élevé chez les 6-14 ans par rapport aux adultes.

Selon une étude sur les données du SCHIRPT (novembre 1994 à avril 1995), les blessures lors de la pratique de la luge, du toboggan, ou du tapis-luge représentent 1,5 % (n=806) de l'ensemble des blessures chez les enfants de 0-14 ans durant cette période. La plupart des victimes sont âgées de 5 à 14 ans. Plus de 60 % des blessures sont localisées dans une aire de loisir extérieure. La collision avec un obstacle comme des pierres, des arbres ou des congères représentent le tiers (32,6 %) des circonstances suivie par la collision avec une autre personne (15 %). Dans la plupart des cas, les blessures sont des contusions ou des éraflures au niveau des jambes. Le taux de blessures graves chez les usagers de ces équipements de glissade est deux fois plus élevé par rapport à l'ensemble des blessures (toutes causes) de la base de données du SCHIRPT. Moins de un (1 %) des blessés avaient déclaré porter un équipement de protection[202].

MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Équipements de protection



Le port du casque conçu pour la pratique du ski ou de la planche à neige est une mesure efficace pour prévenir les blessures. Le port du casque de protection (de ski ou de hockey) est également une mesure efficace de prévention lors de la pratique de la glissade.

Les résultats d'une étude sur les blessures liées à la pratique du ski réalisée dans l'État du Vermont, pour la période de 1972-1994, indiquent une réduction de 58 % du taux de blessés par 1000 skieurs-jour chez les enfants et de 45 % du taux de blessés par 1000 skieurs-jour chez les adolescents. Les auteurs concluent que l'utilisation d'équipements de plus en plus sécuritaires explique la réduction du nombre de skieurs blessés. Une étude ontarienne portant sur 101 blessés lors de la pratique du ski, de la planche à neige ou du toboggan montre que l'indice de la sévérité des blessures est plus élevé chez les amateurs de la planche à neige[201].

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Éducation et cours de ski

L'éducation des skieurs par la sensibilisation à l'adoption de comportements sécuritaires et les cours de ski peuvent contribuer à réduire le nombre de blessures[203]. Cependant comme la durée et le contenu des cours peuvent varier d'une station de ski à l'autre, les effets sur la prévention des blessures restent à être démontrés.

- Code de conduite en montagne

En juin 1998, la « *Loi sur la sécurité dans les sports* » a été modifiée afin de conférer à la Régie de la sécurité dans les sports du Québec (actuellement la Direction de la sécurité du Secrétariat au loisir et au sport) un pouvoir réglementaire en matière de ski alpin récréatif et de créer des obligations à l'exploitant d'une station de ski alpin au niveau de la sécurité.

Depuis cette date, les exploitants doivent, entre autres, afficher et faire respecter un code de conduite qui s'applique aux skieurs alpins et à toute personne pratiquant un sport sur une piste de ski alpin.

De plus, l'exploitant, s'il le désire, peut appliquer des règles « maison » et des sanctions au contrevenant. Le respect des règles doit donc être encouragé[205]. L'application de règles régissant la pratique du ski et de la planche à neige par les stations de skis est une mesure de prévention.

- Code de conduite en ski de fond

Le respect de certaines règles de conduite permet la cohabitation sécuritaire des skieurs de fond. À ce sujet, la plupart des centres de ski de fond affichent le « *Code de conduite* » suggéré par le Secrétariat au loisir et au sport du Québec[206].

- Toboggan et équipements de glissade

Il faut choisir une pente qui est loin des routes et des stationnements et exempte de roches, d'arbres ou de clôtures pouvant entraîner des collisions avec blessures.

Programmes de prévention

Aucun programme de prévention connu à ce jour.

3.5.4 Noyades et quasi-noyades en plan d'eau

STATISTIQUES

Les noyades et les quasi-noyades à domicile sont traitées à la section 3.3.5 ainsi que les statistiques générales s'y rapportant (encadré 8).

Au Canada, chez les enfants de 5-9 ans, 75 % des décès par noyade surviennent dans les lacs ou les rivières et cette proportion est de 80 % chez les 10-14 ans (encadré 15) et, pour cette dernière tranche d'âge, les noyades se produisent généralement lors d'activités récréatives : environ 30 % des décès par noyade surviennent pendant la baignade et 30 % lors d'une activité de canotage[141, et 142].

Les blessures associées aux motomarines ont quadruplé entre 1996 et 1997 (passant de 21 à 81) selon la base de données du SCHIRPT[207]. Les jeunes âgés de moins de 15 ans représentent 28,2 % des blessés. Près de 30 % des blessés se sont frappés contre leur motomarine et près de 28 % sont entrés en collision avec un autre objet. Les fractures représentent plus de 20 % des blessures, dont 50 % se situent au niveau de la jambe.

Au niveau des décès, cinq adeptes de la motomarine sont morts en 1991 et 1992. Au cours des dernières années, la garde côtière a doublé ses interventions de sauvetage pour ce type d'embarcation [208].

Encadré 15: Faits saillants de la prévention des noyades et des quasi-noyades chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Province de Québec, nombre annuel moyen, 1991-1995 (MSSS, 1998)
    - 15 décès dont 12 chez les 0-4 ans
    - 50 quasi-noyades (hospitalisations), les 0 à 4 ans sont les plus à risque
  * Canada, Décès, 1997 (Santé Canada, 1999)
    - 63 décès chez les 0-14 ans
  * Canada, localisation , 1995 (Croix-Rouge, 1997)
    75 % des décès par noyade chez les 5-9 ans sont dans des lacs ou rivières
    80 % des décès par noyade chez les10-14 ans sont dans des lacs ou rivières

- Problèmes

  * Absence de vêtement de flottaison (VFI)

- Mesures préventives efficaces 

  * Faire porter un vêtement de flottaison individuel (VFI) pendant une activité nautique

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

La situation est similaire aux États-Unis. Au cours de la période 1987 à 1996, les ventes de motomarines ont augmenté de sept fois, passant de 29 000 à 191 000 tandis que les accidents les impliquant ont augmenté de 22 fois passant de 376 à 8 497[209]. Une étude des accidents impliquant des motomarines (personal watercraft), réalisée dans l'État de l'Arkansas de 1994 à 1997, montre que les enfants de 0 à 14 ans représentent 25 % des personnes blessées[210]. Dans plus de 20 % des cas, le conducteur était âgé de moins de 15 ans. L'auteur souligne que, dans la majorité des accidents, le conducteur de la motomarine est le responsable. L'inattention et la négligence concernent 43 % des accidents et l'inexpérience, 25 %.

MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Vêtement de flottaison individuel (VFI)



Le port de vêtement de flottaison individuel (VFI) est considéré comme une mesure efficace de prévention des noyades et il est fortement recommandé de le porter en tout temps sur l'eau.



Il faut noter que les gilets gonflables ne sont pas approuvés par un organisme reconnu, ni pour les adultes et ni pour les enfants[211].

La « *Loi canadienne de la garde côtière* » exige la présence d'un vêtement de flottaison individuel (VFI) pour chaque personne à bord d'une embarcation. Cette exigence ne concerne pas les bébés de moins de 9 kg (20 livres). Les VFI doivent porter soit le sceau de la garde

côtière, soit celui du ministère des Pêches et Océans Canada ou celui de Transports Canada. Il est important de les choisir selon la taille de l'enfant et en fonction de l'activité pratiquée (kayak, nautisme en général). L'actuelle loi n'oblige cependant pas les passagers d'une embarcation de 5 ou 5,5 mètres et moins à porter le vêtement de flottaison individuel (VFI).



La surveillance des parents ou d'un adulte est toujours nécessaire pendant que les enfants pratiquent des activités nautiques.

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Embarcation de plaisance

Depuis avril 1999, le règlement sur les restrictions à la conduite des bateaux de la *« Loi sur la marine marchande du Canada »*[212] spécifie qu'il est interdit à toute personne de moins de 16 ans de conduire une motomarine.

De plus, il est interdit aux personnes âgées de 12 à 16 ans de conduire une embarcation munie d'un moteur de 30 kw (40 cv) à moins d'être accompagnées et directement surveillées par une personne de 16 ans ou plus.

Enfin, il est interdit aux personnes âgées de moins de 12 ans de conduire une embarcation munie d'un moteur de plus de 7,5 kw (10 cv) à moins d'être accompagnées et directement surveillées par une personne de 16 ans ou plus[212].

Par ailleurs, depuis cette date, les jeunes conducteurs doivent obtenir une preuve de compétence (cours de sécurité nautique, carte de conduite d'une embarcation de plaisance, liste de vérification dûment remplie pour les embarcations louées).

De plus, un vêtement de flottaison individuel (VFI) pour chaque personne, un dispositif de signal sonore, une écope, une ligne d'attache flottante d'au moins 15 mètres, un extincteur de classe 5BC (en présence d'un moteur ou d'une cuisinière) une lampe de poche ou trois signaux pyrotechniques de type A, B ou C ainsi qu'un dispositif de signalisation sont également obligatoires.

- Éducation

L'éducation des plaisanciers par la sensibilisation à l'acquisition des techniques de base et à l'adoption de comportements sécuritaires peuvent contribuer à réduire le nombre de blessures. Le « fair play » est également important dans les sports nautiques pour la sécurité (circuler lentement près des rives et éviter les zones de baigneurs, etc.).

Il est important de ne jamais partir seul que ce soit pour nager ou pour naviguer.

Programmes de prévention

- Cours et campagne de sensibilisation

Il existe au Québec plusieurs organismes qui offrent des cours de natation pour les enfants dont la Croix-Rouge. Les campagnes de prévention des noyades sont axées sur les connaissances de la natation et des premiers soins et elles contribuent à la réduction des décès par noyade. La Société canadienne de sauvetage - Division Québec offre des cours de sauvetage et de maîtres-nageurs.

Dans l'État de Washington[213], les résultats de campagnes de prévention des noyades axées sur le port du gilet de sauvetage indiquent une augmentation de 20 % à 34 % de leur utilisation par les enfants (1-14 ans).

- Réglementation

Par ailleurs, la Régie du bâtiment du Québec[214] applique le « *règlement sur la sécurité dans les bains publics* » (piscines, pataugeoires, plages destinées à l'usage du public). Elle effectue l'inspection des plages et des piscines publiques pendant la période estivale. Les exploitants de bains publics sont les premiers responsables de la sécurité; ils doivent s'assurer des éléments suivants :

1) L'exercice d'une surveillance est obligatoire dès que le bain est accessible ou exploité pour la baignade publique.
2) Des affiches en caractères d'au moins 100 millimètres doivent être installées à chaque extrémité de la plage et sur les limites des terrains adjacents à des intervalles maximales de 60 mètres pour aviser :
    a) des heures de surveillance; et
    b) de la limite de la plage sous surveillance
3) Le nombre de préposés à la surveillance doit être conforme au moins aux exigences réglementaires (R.R.Q. 1981, 9-1084) compte tenu du nombre de baigneurs, de la longueur de la plage, de la présence d'obstacles, etc.
4) Seules les personnes possédant la qualification et l'âge minimal requis sont admises à exercer une surveillance.
5) Une piscine doit être rendue inaccessible en dehors des heures d'exploitation.
6) Une pataugeoire doit être également inaccessible, à moins qu'elle ne soit vidangée avant le départ du surveillant.

Les propriétaires pris en défaut reçoivent un avis d'infraction et peuvent faire l'objet de poursuites pénales. Plus de la moitié des infractions émises par la Régie concernent l'affichage des règlements et la disponibilité des équipements de secours obligatoires. Les absences de surveillance représentent plus de 10 % des infractions.

3.5.5 Véhicules hors route (VTT et motoneiges)

STATISTIQUES

Au Canada, les véhicules hors route (VHR)[8] font, en moyenne par année, 23 décès et sont la cause de 1 308 hospitalisations[4] chez les moins de vingt ans (encadré 16). Notons qu'à chaque année quinze décès et 950 hospitalisations se retrouvent dans le groupe des moins de 15 ans (encadré 16).

Au Québec, selon les données de la SAAQ pour la période de 1993-1998[37], il y a eu 40 décès et 200 blessés graves par année pour tous les âges confondus. Chez les 0-14 ans, en moyenne par année (1995-1999) au Québec[5], il y a eu quatre décès, dont un comme conducteur et 172 hospitalisations, dont 45 comme conducteur. Précisons qu'il y a environ deux fois plus de victimes avec les véhicules tout terrain qu'avec les motoneiges.

Selon les données du SCHIRPT[4], plus de 45 % des blessés chez les 0-9 ans ont subi des blessures à la tête et au cou comparativement à moins de 15 % chez les 10-14 ans. Une étude d'une durée de cinq ans (1991-1995), réalisée dans l'État de la Virginie occidentale, montre des résultats similaires avec une majorité de blessures à la tête et au visage chez les enfants de 2-16 ans[215]. Dans la majorité des cas, les enfants ne portaient pas de casque de protection. Au cours d'une enquête par questionnaire auprès d'enfants de la 6^{ième} année (11 ans) réalisée au Manitoba[216], seulement 10 % des enfants portait un casque lorsqu'ils utilisaient un VTT.

La perte de contrôle qui entraîne une chute est la principale cause d'accidents liés à l'utilisation d'un VTT[4 et 216].

---

[8] Il existe plusieurs types de véhicules hors route, ce sont les motoneiges, les VTT, les motos de sentier, les « dune-buggy », les « go-kart » et les autres véhicules chenillés ou à quatre roues motrices[1]. Cette section traite exclusivement des motoneiges et des VTT.

Encadré 16: Faits saillants de la prévention des blessures liées aux véhicules hors route (VTT et motoneiges) chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Province de Québec, nombre annuel moyen, 0-14 ans, 1991-1995 (Masson et Dorval, 1998)
    - 3 décès et 146 hospitalisations

  * Canada, nombre annuel moyen, 1990-1992 (Santé-Canada, 1997)
    - 23 décès et 1308 hospitalisations chez les moins de 20 ans
    - 15 décès et 950 hospitalisations chez les moins de 15 ans
  * Canada, base de données SCHIRPT, 1993 (Santé Canada, 1997)
    - Plus de 50 % des blessés âgés de 0 à 4 ans ont une blessure tête/cou.
    - Près de 48 % des blessés âgés de 5 à 9 ans ont une blessure tête/cou.
    - Près de 35 % des blessés âgés de 10 à 14 ans ont une blessure au niveau des membres supérieurs

- Problèmes

  * Manque d'expérience chez les usagers de véhicules tout-terrain et de motoneiges
  * Vitesse excessive (moteur trop puissant)
  * Consommation d'alcool
  * Comportements à risque (transport de passagers sur un VTT)
  * Conduite d'un VHR avant l'âge obligatoire
  * Instabilité inhérente aux VTT

- Mesures préventives efficaces 

  * Faire porter un casque de protection

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Casque de protection



Le port du casque est considéré comme une mesure efficace de prévention des blessures[225].

Il existe plusieurs études qui indiquent que le port du casque permet de réduire le nombre de victimes et la gravité des blessures. Citons une étude sur l'impact du port du casque obligatoire pour les motocyclistes en Californie[217]. Les auteurs estiment que le port du casque obligatoire en 1992 a permis de sauver entre 92 à 122 décès. Deux autres études[218 et 219] indiquent que l'AIS (« Abbreviated Injury Scale ») est plus faible chez les porteurs d'un casque et les blessures à la tête sont moindres chez ceux qui portaient un casque avec une visière.

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Vêtements réfléchissants

Le port de vêtements réfléchissants pendant la soirée et la nuit permet d'être vu par un conducteur à plus de 210 mètres comparativement à 45 mètres pour des vêtements foncés. Il faut au moins 120 mètres avant que le conducteur commence une manœuvre d'évitement[66].

- Âge obligatoire pour la conduite

L'âge obligatoire pour conduire un véhicule hors-route est de 14 ans.

Au Québec, l'âge obligatoire pour la conduite des véhicules hors route (VTT et motoneige) est de 14 ans et il faut également être titulaire d'un certificat d'aptitude délivré par un agent du gouvernement[220 et 221].

Certains auteurs recommandent de relever l'âge légal à 16 ans afin de réduire les principaux facteurs de risque de blessures associés à la conduite de ce type de véhicules (inexpérience du conducteur, consommation d'alcool, vitesse excessive et absence d'équipements protecteurs)[222,223 et 224].

De plus, les fabricants apposent eux-mêmes, sur les véhicules, une estampe déconseillant la conduite des VTT par des conducteurs de moins de 16 ans. Le libellé est le suivant :
« AVERTISSEMENT »
« Conduire un VTT si on a moins de 16 ans augmente les risques de subir des accidents graves ou mortels. NE JAMAIS conduire ce VTT si on a moins de 16 ans. »

- Transport de passagers

Le transport d'un passager sur les véhicules tout-terrain à trois ou quatre roues est considéré comme dangereux.

Les fabricants apposent une mise en garde sur les VTT qui se lit comme suit : « L'utilisation incorrecte d'un VTT peut résulter en des BLESSURES GRAVES ou MÊME LA MORT ». Ils indiquent de plus : « NE JAMAIS ACCEPTER DE PASSAGERS ».

- Utilisation de sentiers aménagés

L'utilisation des sentiers aménagés pour les motoneiges et pour les véhicules tout terrain est une mesure qui contribue à la prévention des blessures.

L'aménagement de sentiers permet de limiter les risques de l'environnement (arbres, roches ou autres éléments)[223]. De plus, les sentiers aménagés bénéficient d'une signalisation indiquant aux usagers la vitesse permise, les courbes, les arrêts obligatoires, etc. Les sentiers autorisés à traverser la voie publique sont identifiés par une signalisation appropriée tant sur la route que sur le sentier. De plus, les clubs de motoneiges doivent assurer la surveillance des sentiers par des patrouilleurs.

L'article 11 de la Loi 43 « *Loi sur les véhicules hors route* » adopté en 1996[220] précise que :

- sur un chemin public au sens du « *Code de la sécurité routière* », la circulation des véhicules hors route est interdite ;
- sauf pour traverser à angle droit à la condition qu'une signalisation routière y indique le passage pour véhicule hors route ou pour rejoindre un sentier, une station de service ou une halte (une distance maximum de 500 mètres).

Programmes de prévention

- Cours de formation

Le Conseil canadien de la sécurité (CCS) offre des cours d'une durée de 5,5 à 7 heures portant sur les différentes techniques de conduite et sur le fonctionnement adéquat d'un VTT[226]. Ces cours apprennent entre autres aux conducteurs à analyser le terrain, à effectuer un virage et à monter une pente. Le CCS offre également un cours destiné aux enfants de moins de 14 ans ayant obtenu la permission de leurs parents de conduire un VTT. Le parent doit lui aussi assister au cours.

De plus, le CCS propose un cours de perfectionnement de trois à cinq heures pour les conducteurs chevronnés et les travailleurs qui utilisent les VTT dans le cadre de leurs fonctions. Ce cours « **Quadriste prudent** »[227] est disponible au CCS (voir Liste des autres organismes pertinents) sous la forme d'un CD-ROM interactif portant sur le fonctionnement sécuritaire du VTT. Le CCS travaille à l'élaboration d'une série de cours portant sur la conduite de la motoneige. Ces cours peuvent contribuer à la prévention des blessures liées à l'utilisation d'un VTT ou d'une motoneige. Enfin soulignons que la Fédération québécoise des clubs Quads (F.Q.C.Q.) compte plusieurs instructeurs reconnus par le CCS pouvant dispenser des cours de conduite de VTT.

3.5.6 Activités sportives d'équipe

Les blessures et les mesures préventives liées aux activités sportives en milieu scolaire ne sont pas traitées dans ce chapitre.

STATISTIQUES

Au Canada (encadré 17), lors de la pratique d'activités sportives d'équipe, il y a en moyenne par année 12 000 blessés âgés de moins de 15 ans dont 9 000 sont âgés de 10 à 14 ans[4]. Selon les données du SCHIRPT de 1993, 31 % des blessures chez les garçons âgés de 1-4 ans (4 cas sur 13) sont liées au hockey sur glace et 40 % des blessures chez les filles (2 cas sur 5) de ce même groupe d'âge sont liées au baseball. Chez les garçons de 5-9 ans, le hockey sur glace et le soccer représentent respectivement 30 % et 22 % des blessures tandis que chez les filles, il s'agit de la gymnastique et du soccer (29 % et 26 %). Chez les 10-14 ans, près de 42 % des blessures sont liées au hockey chez les garçons et 32 % au basket-ball chez les filles. Précisons que 65 % des blessures ont lieu lors d'activités sportives non encadrées.

Au Québec, selon une estimation faite par la Direction de la sécurité du Secrétariat au loisir et au sport, entre le mois d'octobre 1999 et de septembre 2000, quelque 291 000 personnes (six ans et plus) ont consulté un professionnel de la santé pour un traumatisme d'origine récréative ou sportive (TORS)[196].

La figure 26 présente les principales activités à l'origine des blessures au niveau des activités sportives et récréatives au Québec selon une enquête menée en 1999-2000[196].

Encadré 17: Faits saillants de la prévention des blessures liées aux activités sportives d'équipe (sauf ski et natation) chez les enfants (0-14 ans)

- Principales données

  * Province de Québec, Nombre annuel, 6 ans et plus, 1999-2000
    (Secrétariat du loisir et du sport, Direction de la sécurité, 2001)
    - 14 000 consultations d'un professionnel de la santé chez les 6-11 ans
    - 26 000 consultations d'un professionnel de la santé chez les 12-14 ans

  * Canada, nombre annuel moyen, 1990-1992 (Santé-Canada, 1997)
    - 12 000 blessés dont 9000 âgés de 10-14 ans
    - Garçons de 5-14 ans : Soccer et hockey
    - Filles de 5-14 ans : Soccer, hockey et basket-ball

  * Canada, base de données SCHIRPT, 1993 (Santé Canada, 1997)
    - Plus de 50% des blessures chez les 0-4 ans sont localisées à la tête et au cou
    - Près de 35% des blessures chez les 5-9 ans sont localisées à la tête et au cou
    - Près de 48 % des blessures chez les 10-14 ans sont localisées aux membres supérieurs
    - 40 % des cas ont nécessité un suivi médical
    - 5 % des cas ont été admis à l'hôpital (9 % chez les 0-4 ans)

- Problèmes

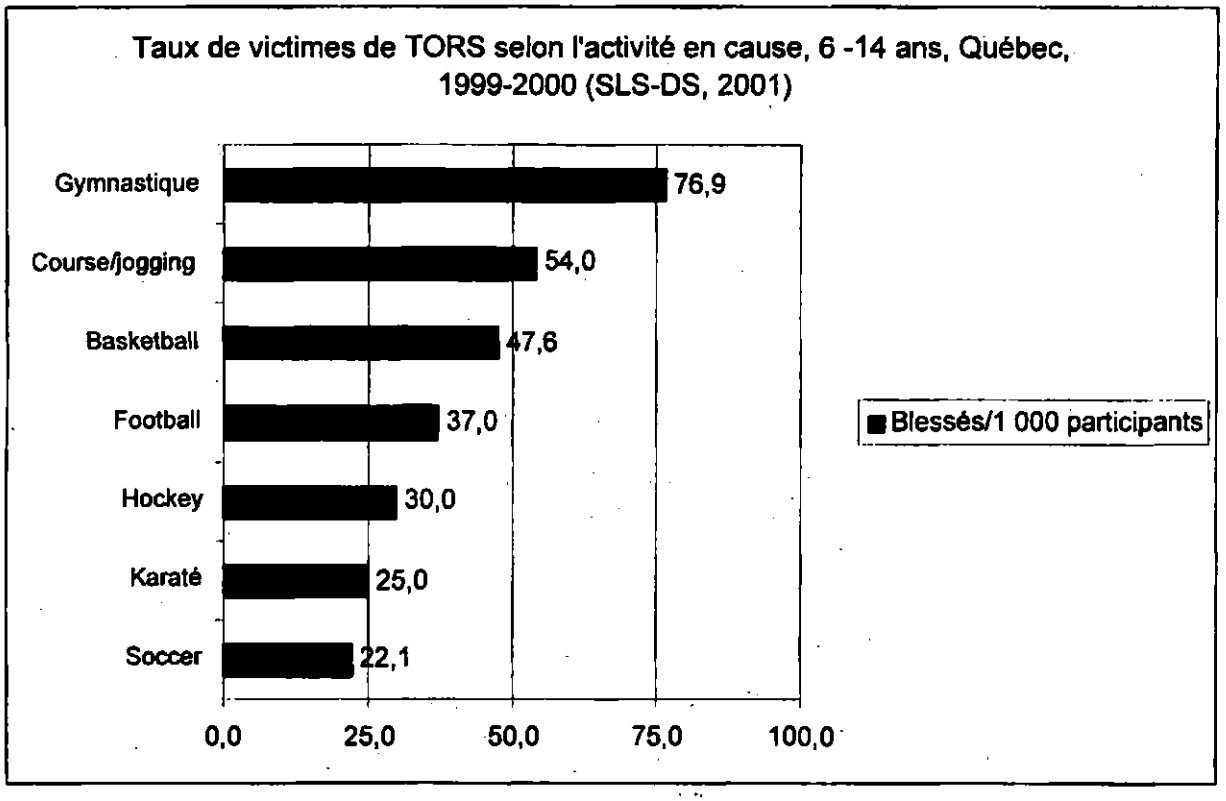
  * Pratique d'activités sportives non encadrées sans surveillance

- Mesures préventives efficaces 

  * Utilisation d'équipements sécuritaires
    - Faire porter un casque de protection au football
    - Faire porter un protège-cou et un protecteur facial complet au hockey
    - Faire porter un protège-tibia au soccer
    - Faire porter un protège-dents intrabuccal (protège-bouche)

- Pour plus de renseignements, voir les tableaux sur le développement de l'enfant et la prévention des blessures (pages 30-46)

Figure 26 : Principales activités sportives à l'origine des blessures, 6-14 ans, Québec, 1999-2000.



MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Casque de protection



Le port du casque au hockey, au football ou au baseball est une mesure efficace de prévention des blessures. De plus, le casque de protection au hockey doit être conforme aux normes publiées par l'Association canadienne de normalisation (CSA).

Selon une étude québécoise[228 et 229] sur les blessures au hockey, il y a deux fois plus de blessures à la tête chez les joueurs de hockey lors de rencontres non encadrées que chez les joueurs de hockey organisé, car le port du casque y est obligatoire.

Concernant le baseball, une étude américaine[230] estime que le port d'équipements protecteurs comme le casque pour les frappeurs a permis de réduire la gravité des blessures chez environ 58 000 blessés.

- Protège-cou au hockey



Le protège-cou au hockey est une mesure efficace de prévention des blessures. Il doit être conforme à la norme publiée par le Bureau de normalisation du Québec.

Cette mesure de protection est obligatoire pour tous les hockeyeurs non professionnels au cours d'une pratique ou d'une partie, en vertu du « *Règlement sur les équipements protecteurs requis pour la pratique du hockey sur glace* » de la « *Loi sur la sécurité dans les sports du Québec* »[231].

- Protecteur facial complet (PFC) pour le hockey



Le port du protecteur facial complet (PFC) au hockey est une mesure efficace de prévention des blessures. Il doit être conforme aux normes publiées par le CSA.

Depuis 1988, il existe au Québec le « *Règlement sur les équipements protecteurs requis pour la pratique du hockey sur glace* » (modifié en 1998[231]), qui oblige le port du casque, du protecteur facial complet (PFC) et du protège-cou pour les joueurs de hockey non professionnels. L'entrée en vigueur de ce règlement a fait passer le taux de port du PFC de 35 %, en août 1988, à 73 % en 1997-1998[232].

Pour la période 1983-1987, le taux de blessures oculaires liées à la pratique du hockey traitées en ophtalmologie variait de 0,73 blessures à 1,08[232] . En 1996, ce taux avait baissé à 0,26 blessures. De 1988 à 1997, une analyse coût-avantage a montré un bénéfice net de 4,4 milliards de dollars en coûts médicaux reliés au traitement des blessures au visage depuis l'application du règlement[233]. Cette étude est confirmée par une étude ontarienne[234] des joueurs de hockey admis à l'hôpital général de Sudbury pour une blessure à la tête, au visage ou au cou. Le port du protecteur facial complet réduit statistiquement le nombre de blessures sur le haut du visage. Par contre, le port de la demi-visière ne réduit pas le risque de blessure.

- Protège-dents intrabuccal (protège-bouche)



Le port d'un protège-dents intrabuccal (protège-bouche) est une mesure efficace de prévention des blessures à la bouche. De plus, il réduit les risques de commotion cérébrale.

Selon l'Association américaine dentaire[235], le moratoire sur l'utilisation du protège-bouche au football permet la réduction de 200 000 blessures à la bouche par année. Une étude japonaise chez les joueurs de soccer et de rugby arrive à des conclusions similaires. Elle indique que l'incidence des blessures à la bouche passe de 32,3 % à 0,8 % (soccer) et de 56,5 % à 24,1 % (rugby) avec le port du protège-bouche.[236].

- Protège-tibia

Des études sur l'efficacité du protège-tibia chez les joueurs de soccer montre que celui-ci réduit la puissance d'un impact aux jambes de 40-77 %, par rapport à un impact sur une jambe non protégée[237 et 238]. Il est efficace pour réduire les contusions et les abrasions au niveau des jambes. Toutefois son efficacité à prévenir les fractures au niveau du tibia est à démontrer[239 et 240].

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Autres équipements de protection

Le port des équipements suivants est recommandé lors de la pratique d'activités sportives d'équipe :

- les lunettes protectrices (basket-ball, badminton, hockey en salle[h]);
- les protège-coudes (hand-ball, hockey en salle);
- les genouillères (volley-ball, hand-ball);
- les gants coussinés (hockey en salle);

De plus, il est conseillé de porter des souliers conçus pour les sports de gymnase lors de la pratique d'activités sportives d'équipe dans ce lieu[241].

- Esprit sportif

Avoir l'esprit sportif (« fair-play») pendant une activité sportive est considéré comme une mesure de prévention des blessures.

Les auteurs d'une étude portant sur les blessures survenues pendant un tournoi de hockey junior au Minnesota[242], notent une baisse sensible du nombre de blessures lorsque les joueurs adoptent une attitude de fair-play (sans mise en échec). Le ratio était de une blessure pour les parties avec des règles de fair-play comparativement à 4,8 blessures pour celles avec des règles « normales ».

L'important est de susciter l'esprit sportif plutôt que la compétitivité des joueurs.

---

[h] Hockey se basant sur les règles du hockey sur gazon, mais à l'intérieur durant la période hivernale.

- Surveillance

La présence d'un adulte ou d'un arbitre lors de la pratique d'activités sportives d'équipe améliore le respect des règles du jeu et permet ainsi de réduire les risques de situations conflictuelles pouvant entraîner des blessures.

- Période d'échauffement avant l'activité

La période d'échauffement avant la pratique d'activités sportives est une mesure de prévention des blessures.

Programmes de prévention

Aucun programme de prévention connu à ce jour.

3.5.7 Camping et activités de plein-air

STATISTIQUES

À notre connaissance, il n'existe pas de données au Canada ou au Québec sur les blessures liées au camping ou aux activités de plein air affectant des jeunes de moins de 15 ans. Aucune classification ne réfère aux blessures survenues lors de ces activités. Ces blessures sont généralement codifiées dans d'autres catégories comme des noyades, des brûlures, des morsures d'animaux ou des chutes.

Une quarantaine de cas de décès survenus en camping dans cinq comtés de l'État de Washington de 1987 à 1996 ont été étudiés[244]. Les victimes étaient âgées de 20 ans et moins. Lors du décès, la principale activité était la randonnée pédestre (33 %), suivie par la baignade (20 %) et le rafting (10 %). Plus de la moitié des décès résultent d'une noyade, suivie par les blessures à la tête lors d'une chute. Dans le premier cas, les victimes ne portaient pas un équipement sécuritaire tel qu'un vêtement de flottaison individuel (VFI). Notons que tous les enfants de 10 ans et moins étaient accompagnés d'un adulte lors de l'accident mortel.

Une autre étude a porté sur les cas de maladies et de traumatismes dans un camp de vacances pour les enfants de l'État de la Caroline du Sud[245]. Il y a eu 921 visites à l'infirmerie pour 730 enfants au cours d'une période de deux semaines. Il y a eu au moins un cas de gastro-entérite par jour et les cas de blessures étaient plus élevés à la fin de la session. Selon l'auteur, le nombre de coups de soleil et d'otites externes aurait pu être facilement réduit par des mesures préventives.

MESURES PRÉVENTIVES EFFICACES

Équipements et comportements

- Avertisseur de monoxyde de carbone



L'avertisseur de monoxyde de carbone est une mesure efficace contre les intoxications[120].

L'usage de l'avertisseur de CO est conseillé dans les cas où une cuisinière, un poêle ou un réfrigérateur à combustible sont utilisés dans un endroit clos (chalet, camping-car ou la caravane)[246]. Voir la section 3.3.3 des blessures à domicile (avertisseur de monoxyde de carbone).

AUTRES MESURES PRÉVENTIVES

Équipements et comportements

- Barbecue

Vérifier l'appareil avant l'utilisation et manipuler avec prudence surtout en présence de jeunes enfants.

Les enfants ne doivent pas s'approcher des barbecues pendant la cuisson. Les allume-barbecues doivent être hors de vue et hors de portée des enfants. Il faut également s'assurer que les bonbonnes de gaz soient sécuritaires[246]. La date indiquée sur la bonbonne doit être de moins de dix ans. Les bonbonnes de gaz doivent être disposées de façon sécuritaire à l'extérieur de la maison. Avant la cuisson, il faut ouvrir le couvercle du barbecue, enclencher l'allume-barbecue

et ouvrir le robinet du gaz[247]. Tous ces comportements contribuent à prévenir les blessures chez les enfants[248].

- Allumettes et briquets

Garder les allumettes et les briquets hors de vue et hors de portée des enfants.

Il existe des briquets « protège-enfant » fabriqués de manière à ce que l'utilisateur éprouve une certaine difficulté à les allumer. Toutefois, ils ne sont pas complètement à leur épreuve et ils doivent également être rangés hors de portée des enfants.

- Chandelles

Garder les chandelles allumées hors de portée des enfants.

Les enfants ne doivent pas manipuler de chandelles allumées. Ces dernières ne doivent pas être utilisées pour s'éclairer à l'intérieur d'une tente. Il faut plutôt utiliser une lampe de poche. Les chandelles doivent être placées dans des chandeliers solides (en métal) qui ne basculent pas et ceux-ci doivent être disposés dans un endroit à l'extérieur de la tente où ils ne peuvent pas se renverser.

- Fanal au kérosène, au naphtol ou à l'alcool de bois

Garder les fanaux allumés hors de portée des enfants.

Les fanaux allumés peuvent causer des brûlures chez les enfants lorsque que ceux-ci les touchent. Ils doivent être placés dans un endroit sûr, bien dégagés et hors de leur portée. De plus, il faut porter une attention particulière à la ventilation et ne pas les placer dans un endroit clos (tente, etc.).

- Feu de camp et feu de foyer extérieur

S'assurer que les enfants ne s'approchent pas trop du feu de camp ou du feu de foyer extérieur.

En ce qui concerne les feux de camp, il existe généralement dans les parcs nationaux[249] et provinciaux des endroits précis pour les allumer. Cependant, il faut veiller à ce que les enfants ne s'approchent pas du feu de camp ou qu'ils n'y tombent pas. Concernant les foyers extérieurs, les grillages ou les portes anti-étincelles doivent être fermés et un adulte doit toujours être présent lorsqu'un feu est allumé.

- Foudre

Éviter de se réfugier sous un gros arbre pendant un orage, regagner la rive si on est sur l'eau et se réfugier dans un abri ou une voiture.

Généralement, en forêt, la foudre frappe les arbres les plus hauts (le chemin le plus court ou celui qui offre moins de résistance). Dans une clairière ou dans un champ, il faut se coucher sur le sol et non chercher refuge sous un arbre. Le risque de foudroiement d'un arbre isolé en espace ouvert est environ 5 fois supérieur à celui d'un homme debout. Dans un groupe, il est recommandé de s'éloigner d'au moins 3 mètres les uns des autres[250].

- Morsures d'animaux

Voir la section sur les morsures d'animaux domestiques (section 3.3.6)

- Éducation

L'éducation des amateurs de plein air par la sensibilisation à l'acquisition des techniques de base et à l'adoption de comportements sécuritaires peut contribuer à réduire le nombre de blessures. Il est important de respecter les règles de prudence et de conduite lors des activités de plein air tels l'escalade, le rafting (personne pesant au moins 41 kg) et le vélo de montagne.

De plus, l'utilisation d'équipements appropriés ainsi que le port d'équipements de protection peuvent contribuer à réduire le nombre de blessures[181a].

RÉFÉRENCES ET ANNEXES

A) BIBLIOGRAPHIE

1. SANTÉ CANADA (1998). *Des familles saines des enfants en santé*, Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), Ottawa, Ministère des Travaux publics et des servics gouvernementaux Canada, 12 p.

- Blessures chez les enfants au Canada

2. SANTÉ CANADA (1999). *Données sur les blessures au Canada. Décès (1997) et hospitalisations (1996-1997)*, Ottawa , Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, Division des blesssures chez les enfants, 74 p.

3. SANTÉ CANADA (2000). *Principales causes de décès et d'hopitalisations au Canada*, Ottawa, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Division des blesssures chez les enfants.

4. BEAULNE G. (sous la direction de) (1997). *Pour la sécurité des jeunes canadiens. Des données statistiques aux mesures préventives*, Ottawa, Santé Canada, Ministre, Travaux publics et Services gouvernementaux, 311 p.

- Blessures chez les enfants au Québec

5. MASSON I. ET D. DORVAL (1998). *Profil des traumatismes au Québec: de 1991 à 1995*, Québec, Direction de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, gouvernement du Québec, 327 p.

6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Hospitalisations par traumatismes chez les 0-14 ans de 1995 à 1999*, Québec, Demande 2000-042 (données informatisées).

7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Décès par traumatismes chez les 0-14 ans de 1995 à 1999*, Québec, Demande 2000-042 (données informatisées).

8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Surveillance de la mortalité au Québec 1977-1998*, Québec, Collection Analyses et surveillance, No. 14, Direction de la santé publique, 253 p.

9. PAGEAU M., R CHOINIERE, M. FERLAND, Y. SAUVAGEAU (à paraître). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*, Institut national de santé publique du Québec.

- Concepts de base

10. MAURICE P., M. LAVOIE, A. CHAPDELAINE, H. BÉLANGER-BONNEAU (1997). « Sécurité et promotion de la sécurité: Aspects conceptuels et opérationnels », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 8, n° 4, p. 199-206.

11. CHRISTOFFEL T. ET S. SCAVO GALLAGHER (1999). *Injury Prevention and Public Health, Practical Knowledge, Skills and Strategies*. Gaithersburg, Maryland, An Aspen Publication, 402 p.

12. HADDON W. (1980). « The basic strategies for reducing damage from hazards of all kinds », *Hazard Prevention*, septembre-octobre, p. 8-12.

13. PINEAULT R. ET C. DAVELUY (1986). *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Agences d'arc, 480 p.

14. BEAULNE G. (sous la direction de) (1991). *Les traumatismes au Québec. Comprendre pour prévenir*, Québec, Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 367 p.

15. MAURICE P., M. LAVOIE, R., LEVAQUE CHARRON, A. CHAPDELAINE, H. BÉLANGER-BONNEAU (1998). *Sécurité et promotion de la sécurité : Aspects conceptuels et opérationnels*, Québec, Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes, Réseau de santé publique et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 21 pages + annexes.

16. TOWNER E., T. DOWSWELL, S. JARVIS (1993). *Reducing childhood accidents. The Effectiveness of health promotion intervention: a literature review*, , London, Health Education Authority, 85 p.

17. TOWNER E. (1994). *Unintentional injuries in childhood. A review of the effectiveness of health education and health promotion*, Utrecht, Centre hollandais de Promotion de la Santé et de l'Éducation pour la santé UIPES/EURO, n° 15, 69 p.

18. TOWNER E., Y. CARTER, H. HAYES (1998). « Implementation of injury prevention for children and young people », *Injury Prevention*, Sup 4 (4), pp. S26-S33.

19. COHEN L. N. BEAR, P. SATTERWHITE (1994). *Developing Effective Coalitions : An Eight Step Guide*, Pleasant Hill Hill Ca, Contra Costa County Health Services Prevention Program.

20. MARSH P., D. KENDRICK, E.I. WILLIAMS (1995). « Health visitors' knowledge, attitudes, and practices in childhood accident prevention », *J. Public Health Med.*, vol. 17, n° 2, p. 193-199.

- Visites à domicile (counselling)

21. ROBERTS I., S.M. KRAMER, S. SUISSA (1996). « Does home visiting prevent childhood injury? A Systematic Review randomized controlled trials », *BMJ.*, vol. 312, p. 29-33.

22. KENDRICK D., R .ELKAN , M. HEWITT, M. DEWEY, M. BALIR, J. ROBISON, D. WILLIANS, K. BRUMMELL (2000). « Does home visiting improve parenting and the quality of the home environnment ? A systematic review and meta analysis », *Arch. Dis. Chid.*, vol. 82, p. 443-451.

23. GALLAGHER S., P. HUNTER, B. GUYER (1985). « A Home Injury Prevention Program for Children », *Pediatrics Clinics of North American*, vol. 32, n° 1, p. 95-112.

24. BABLOUZIAN L., E.S. FREEDMAN, K.E. WOLSKI, L.E. FRIED (1997). « Evaluation of a community based childhood injury prevention program », *Injury Prevention*, vol. 3, n° 1, p. 14-16.

25. LARAQUE D., B. BARLOW, M. DURKIN, M. HEAGARTY (1995). « Injury Prevention in an urban setting: challenges and successes », *Bull.N.Y. Acad. Med.*, vol. 72, n° 1, p. 16-30.

26. SCHWARZ D.F., J. GRISSO, C . MILES, J.H. HOLMES, R.L. SUTTON (1993). « An Injury Prevention Program in an Urban African-American Community », *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 5, p. 675-680.

27. PRATT L.K., C.W. RUNYAN, L.R. COHEN, P.A. MARGOLIS (1998). « Home Visitors' Beliefs and Practices Regarding Childhood Injury Prevention », *Public Health Nursing*. vol. 15, n° 1, p. 44-49.

28. EHIRI J.E. ET G.C. WATT (1995). « The role of health visitors in the prevention of home accidents involving children: time for a rethink », *Health Bull (Edinb.)*, vol. 53, n° 1, p. 20-25.

29. KEMP A., N. GIBBS, G. VAFIDIS G, J: SIBERT (1998). « Safe Child Penarth: experience with a Safe Community strategy for preventing injuries to children », *Injury Prevention*, vol. 4, n° 1, p. 63-68.

- Développement de l'enfant

30. DORÉ N. ET J-C MERCIER (1998). *Mieux vivre avec son enfant*, Québec, CHUQ-Pavillon Enfant-Jésus, Régie régionale de la santé publique et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 4e édition, 432 p.

31. LAURENDEAU M.-C. (rédactrice en chef) (1987). *Parents magazine*, vol. 1, n° 1 à n° 14.

32. FARM SAFETY ASSOCIATION (1995). *Sur la ferme. Les enfants courent toujours un risque*, Fact Sheet No.F-018, 4 p.

33. STANWICK R. (1995). *Protègez votre enfant des accidents*, Saint-Laurent, Comité de prévention des accidents, Société canadienne de pédiatrie, Ross Pédiatrie, 51 p.

34. SANTÉ CANADA (1996). *Attitudes des parents vis-à-vis les blessures infantiles non intentionnelles*, Ottawa, rapport préparé par SAGE Research Corporation, 62 p.

35. RIVARA F.P., A.B. BERGMAN, C. DRAKE (1989). « Parental attitudes and practices toward children as pedestrians », *Pediatrics*, vol. 84, p. 1017-1021.

36. SMILEY A., C. MACGREGOR C, W. DUNKE (1999). *Evaluation de la compréhension, par les parents, des capacités des jeunes piétons*, Paris, Fondation MAIF (Mutuelle d'Assurance des Institeurs de France), préparé par Human Factors North, Toronto.

- Blessures liées à la route

37. SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2000). *Bilan 1999-Accidents, parc automobile, permis de conduire*, Québec, Dossier Statistique, Service des études et des stratégies en sécurité routière, Direction de la planification et de la statistique, 213 p.

Occupants de véhicules à moteur- Dispositifs de retenue pour enfants (DRE)

38. TRANSPORTS CANADA (1989). *Utilisation des dispositifs de retenue d'enfant: Données de l'étude de 1987*, Feuillet No. CL 8806, Ottawa, 5 p.

39. CAMPBELL H., S. MACDONALD, P. RICHARDSON (1997). « High levels on incorrect use of car seat belts and child restraints in Fife- an important and underrecognised road safety issue », *Injury Prevention*, vol. 3, n° 1, p. 17-22.

40. DECINA L.E. ET K.Y. KNOEBEL (1997). « Child safety seat misuse patterns in four states, *Accident Analysis Prevention*, vol. 29, n° 1 , p. 125-132.

41. GENDREAU M. (1998). « Les sièges d'auto pour enfants: Une question de sécurité », *La lettre de sécurité routière*, Société de l'assurance automobile du Québec, printemps, p. 6-7.

Occupants de véhicules à moteur- Sacs gonflables

42. INSURANCE INSTITUTE FOR HIGHWAY SAFETY (1995). « Air Bags save lifes: Nearly 50,000,000 vehicules confirms effectiveness », *Status report*, Vol. 30, n° 3.

43. O'NEILL B. ET A.K. LUND (1993). « Efficacité des sacs gonflables dans la prévention des décès chez les conducteurs aux Etats-Unis », *Maladies chroniques du Canada*, vol. 14, n° 4, p. 556-563.

44. GIGUÈRE J.F., D. ST-VIL, A. TURMEL, M. DI LORENZO, C .POTHEL, S. MANSEAU, C. MERCIER (1998). « Airbags and children: a spectrum of C-spine injuries », *J. Pediatr Surg.*, vol. 33, n° 6, p. 811-816.

45. HUFF G.F., S.P. BAGWELL, D. BACHMAN (1998). « Airbag injuries in infants and children: a case report and review of the litterature », *Pediatrics*, vol. 102, n° 1, e2.

46. RIVARA F.P. (1997). « Motor vehicle occupant protection: have we become too complacent? », *Injury Prevention*, vol. 3, p. 78.

Occupants de véhicules à moteur- Appuie-têtes

47. NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION (1996). *Head restraints- Identification of Issues, Relevant to Regulation, Design, and Effectiveness*, Washington D.C., Office of Crashworthiness Standards, Light dirty vehicle Division, Department of Transportation, 39 p.

48. INSURANCE INSTITUTE FOR HIGHWAY SAFETY (2001). « Red light Cameras », *Status Report*, Arlington VA, vol. 36, n° 4, 8 p.

49. INSURANCE INSTITUTE FOR HIGHWAY SAFETY (1999). « Safe our Neck. Special Issue : Neck Injuries in read-end crashes », *Status Report*, Arlington VA, vol. 24, n° 5, 14 p.

50. O'NEIL B. (1999). « Head Restraint-the neglected countermeasure », *A Compendium of Papers Presented at the Traffic Safety and Auto Engineering Stream of the World Congress on Whiplash-Associated Disorders*, 7-11 Feb. 1999, Vancouver B.C., Physical Medicine Research Foundation.

51. CHAPLINE, J.F., S.A. FERGUSSON, R.P. LILLIS, A.K. LUND, A.F. WILLIANS (1999). *Neck pain and head restraint position relative to the driver's head in rear-end collisions*, Arlington VA, Insurance Institute for Highway Safety, 12 p.

Piétons- Environnement sécuritaire

52. WEBSTER D.C., A.M. MACKIE (1996). *Review of traffic calming schemes in 20 mph zones*, , Crowthorne, Berks, Transport Research Laboratory report 215.

53. HUMMEL T. (1999). *Dutch Pedestrian Safety Research Review*, Mc Lean VA, SWOW Institute for Roads Safey, High Safety Research Centre University of Carolina VA, Publication No. FHWA-RD-99-092, U.S. Department of Transportation, Federal Highway Administration, 37 p.

54. SCHOON C.C. ET J. VAN MINNEN (1993). « The safety of roundabouts in the Netherlands » Summary article based on Schoon CC et van Minnen J. *Accident on roundabouts: II. Second study into the road hazard presented by roundabouts, particularly with regard to cyclists and moped riders.* Liedschendfarm, The Netherlands: SWOV Institute for Road SafetyResearch, Report R-93-16.

55. LEAF W.A. ET D.F. PREUSSER (1999). *Literature Review on Vehicule Travel Speeds and Pedestrians Injuries*, Washington D.C., U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, Washington, 67 p.

56. INSURANCE INSTITUTE FOR HIGHWAY SAFETY (2000). « Roundabouts », *Status Report,* Arlington VA, May 13, vol. 35, n° 5, 8 p.

57. PERSAUD B.N., R.A. RETTING, P.E. GARDER, D. LORD (2000). *Crash Reduction following installation of roundbouts in the United States*, Arlington VA, Insurance Institute for Highway Safety, 15 pages.

58. INSURANCE INSTITUTE FOR HIGHWAY SAFETY (1999). Special issue: pedestrian injuries, *Status Report*, Arlington VA, vol. 34, n° 3, 8 p.

59. MCMAHON P.J., C. DUNCAN, J.R. STEWART, C.V. ZEGEER, A.J. KHATTAK (1999). « Analysis of Factors contributing to "walking along roadway" crashes », Washington D.C., *Transportation Research Record 1674*, Transportation Research Board, p. 41-49.

60. KNOBLAUCH R. ET K. CRIGLER (1987). *Model Pedesrian Safety Program User's Guide Supplement,* MCLean VA, Federal Highway Administration, 103 p.

61. ELVIK R., (2000). « Area-wide urban traffic calming schemes : a meta-analysis of safety effects », compte-rendu de la conférence *Traffic Safety on Two Continents*, Malno, Sweden, 20-22 septembre, p. 81-115.

Piétons- Programmes éducatifs

62. BLOMBERG R.D. (1984). « Willy Whistle. A Happy Tune », *Proceedings of the Fourth Annual Pedestrian Conference*, Workshop A., Boulder Co., p. 43-52.

63. PREUSSER D.F. ET A.K. LUND (1998). « And keep on looking: A Film to reduce pedestrian crashes among 9 to 12 year-old », *Journal of Safety Research*, vol. 19, p. 177-185.

Piétons- Autres mesures préventives

64. BÉLANGER-BONNEAU H., F. LAMOTHE F., A. RANNOU, M.F. JOLY, J. BERGERON, J.G. BRETON, C. LABERGE-NADEAU, U. MAAG (1994). *Projet d'expérimentation et d'évaluation d'une signalisation numérique piétonnière: Le décompte visuel,* Montréal, Unité de santé publique, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Centre de recherche sur les transports, 184 p.

65. BERGERON J., H. BÉLANGER-BONNEAU, R. BOURBEAU, J.P. THOUEZ, A. RANNOU (2000). *Influence des caractéristiques des individus et de l'environnement sur le taux de respect de la signalisation chez les piétons et les cyclistes*, Montréal, rapport de recherche, Laboratoire sur la sécurité dans les transports, Centre de recherche dans les transports, Université de Montréal, 154 p.

66. 3 M (2000). *Être vu sous la pluie, Visibilité et sécurité*, London (Ont),Service des produits de protection individuelle, Division de systèmes de protection et de sécurité, 3e édition, hiver, 4 p.

67. LUOMA J. ET M. PENTTINEN (1998). « Effects of experience with retroreflectors on recognition of nighttime pedestrian : comparison of driver performance in Finland and Michigan », *Transportation Research. Part F : Traffic Psych & Behaviour*, vol. 1, p. 47-58.

68. LUOMA L., J. SCHUMAN, E.C. TRAUBE (1996). « Effects of retroreflector positioning on nighttime recognition of pedestrian », *Accident. Analysis and Prevention.*, vol. 28, n° 3, p. 377-383.

69. SAIGHI R. (1992). *Éducation à la sécurité routière: Évaluation des connaissances des élèves de l'enseignement primaire*, Québec, Direction études et analyses, Vice-présidence à la planification, Société de l'assurance automobile du Québec, 113 p.

Piétons- Simulations et entraînements

70. AMPOFO-BOATENG K. ET J.A. THOMPSON (1991). « Children's Perception of Safety and Danger on Road », *British Journal of Psychology*, vol. 82, n° 4, p. 487-505.

71. RENAUD L. ET S. SUISSA (1989). « Evaluation of the efficacy of simulation games in traffic safety education of kindergarten children », *American Journal of Public Health*, vol. 79, n° 3, p. 307-309.

72. RIVARA F.P., C.L . BOOTH, A.B. BERGMAN, L.W. ROGERS, J. WIESS (1991). « Prevention of pedestrian injuries to children: Effectiveness of school training program », *Pediatrics*, vol. 88, n° 4, p. 770-775.

73. THOMPSON J.A. ET K.M. WHELAN (1997). *A community approach to road safety education using practical training methods. The Drumchapel project.* Road Safety research report, No. 3, London, Department of transport.

74. YOUNG D.S. ET D.N. LEE (1987). « Training children in road crossing skills using a roadside simulation », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 19, p. 327-341.

75. THOMPSON J.A., K. AMPOFO-BOATENG, T. PITCAIM, R. GRIVE, D.N. LEE, J.D. DEMETRE (1992). « Behavioural group training of children to find afe routes to cross the road », *Bristish of Educational Psychology*, vol. 62, p. 172-183.

Cyclistes- Facteurs de risque

76. ROWE B.H., A.M. ROWE, G.W. BOTA (1995). « Bicyclist and Environment Factors associated with fatal bicycle-related trauma in Ontario », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 152, p. 45-51.

Cyclistes- Efficacité du port du casque

77. THOMPSON R.S., F.P. RIVARA, D.C. THOMPSON (1989). « A case-control study of the effectiveness of bicycle safety helmets », *New England Journal of Medicine*, vol. 320, p. 1361-1367.

78. WALKER M.B. (1992). *Law Compliance among cyclists in New South Wales, April 1992, A third survey*, Road and Traffic Authority, New South Wales, 41 p.

79. THOMPSON R.S., F.P. RIVARA, D.C. THOMPSON (1996). « Effectiveness of bicycle safety helmets in preventing head injuries: A case-control », *JAMA*, vol. 276, n° 24, p. 1968-1973.

80. THOMPSON D.C., M.E. NUNN, R.S. THOMPSON, F.P. RIVARA (1996). « Effectiveness of bicycle safety helmets in preventing facial serious injuries », *JAMA*, vol. 276, n° 24, p. 1974-1975.

Cyclistes- Épidémiologie des blessures

81. RIVARA F.P., D.C. THOMPSON, R.S. THOMPSON (1997). « Epidemiology of bicycle injuries and risk factors of a serious injuries », *Injury .Prevention*, vol. 3, n° 2, p. 110-114.

Cyclistes- Port du casque et autres comportements sécuritaires

82. FARRIS C., D.W. SPAITE, E.A. CRISS, T.D. VALENZUELA, H.W. MEISLIN (1997). « Observational evaluation of compliance with traffic regulation among helmeted and non helmeted bicyclists », *Ann. Emerg. Med.*, vol. 29 n° 5, p. 625-629.

Cyclistes- Programmes de promotion du port du casque

83. BRITT J., I. SILVER, FP. RIVARA (1998). « Bicycle promotion among low-income preschool children », *Injury Prevention*, vol. 4, p. 280-283.

84. LOGAN P., S. LEADBETTER, R.E. GIBSON, R. SCHIEBER, C. BRANCE, P. BENDER, D. ZANE, J. HUMPHREYS, S. ANDERSON (1998). « Evaluation of a bicycle helmet giveaway program- Texas 1995 », *Pediatrics*, vol. 101 (4 Pt 1), p. 578-582.

85. FARLEY C. ET G. QUESNEL (1994). *Évaluation et résultats de quatre années de promotion « Mon casque à vélo, c'est sauté »*, Greenfield Park, Direction de la santé publique de la Montérégie.

86. BROSSARD B., C. FARLEY, B. BROWN (1995). « Élaboration, implantation et évaluation d'un projet pilote visant à promouvoir le port du casque de vélo chez les enfants de secteurs défavorisés », *Recueil des communications, 30e anniversaires de* l'AQTR, 5,6 et 7 avril, Hull, p. 12-43.

87. FARLEY C., J. OTIS, M. BENOIT (1997). « Evaluation of a four-year bicycle helmet promotion campaign in Quebec aimed at children ages 8 to 12 : impact on attitudes, norms and behaviours », *Can. J. Public Health*, vol. 88, n° 1, p. 62-66.

- Blessures liées au domicile

Chutes

88. SANTÉ CANADA (1997). *Blessures associées aux lits d'enfants, aux berceaux et aux baignoires de bébés, Recherche dans les bases de données du SCHIRPT en février 1996 chez les enfants de moins de cinq ans.* Rapports de blessure, Ottawa, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, novembre, 5 p.

89. SANTÉ CANADA (1997). *Blessures associées aux marchettes pour bébés, Recherche dans la base de données du SCHIRPT pour les années 1994-1995 chez les enfants de moins de cinq ans.* Rapports de blessure, Ottawa, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, novembre, 5 p.

90. SANTÉ CANADA (1997). *Blessures associées aux barrières pour enfants, Recherche dans la base de données du SCHIRPT en juillet 1996 chez les enfants de moins de cinq ans.* Rapports de blessure, Ottawea, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, septembre, 7 p.

91. SANTÉ CANADA (1997). *Blessures associées aux balançoires pour bébés, Recherche dans les bases de données du SCHIRPT en septembre 1995 chez les enfants de moins de dix-huit mois.* Rapports de blessure, Ottawa, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, novembre, 5 p.

92. SMITH G.A, M.J. BOWMAN, J.W. LUCIA, B.J. SHIELD (1997). « Babywalker-related injuries continue despite warning labels and public education », *Pediatrics*, vol. 100, n° 2, E1.

93. BAR-ON M., R.M. BOYLE, E.K. ENDRISS (1998). « Parental decisions to use infant walkers », *Injury Prevention*, vol. 4, n° 4, p. 299-301.

94. KENDRICK D. ET P. MARSH (1998). « Babywalkers: prevalence of use and relationship with other safety practices », *Injury Prevention*, vol. 4 , n° 4, p. 295-298.

Chutes- Programmes de prévention

95. SPIEGEL C. ET F. LINDAMAN (1977). « Children can't fly : A program to prevent childhood morbidity and Mortality from window falls », *American Journal of Public Health*, vol. 67, n° 12, p. 1143-1174.

96. SANTÉ CANADA (1997). *Réduction des marchettes pour bébés* , Bulletin du SCHIRPT, Ottawa, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie.

97. LESAGE D., (1998). *Évaluation d'un système de location des barrières de sécurité destinées aux enfants. Joujouthèque Hochalaga-Maisonneuve*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 10 pages + annexes.

98. LESAGE D., (2000). *La sécurité à domcile chez les tout-petits*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 28 pages + annexes.

Brûlures- Eau chaude

99. SANTÉ CANADA (1999). *Brûlures associées aux boisons chaudes, Base de données du SCHIRPT, données pour l'année 1996, tous âges,* Rapport de blessure, Ottawa, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, janvier, 5 p.

100. DEN HERTOZ P.C., A.C.M. FONS, S. BLANKENDAAL, M.T. HAG (2000). « Burn injuries in the Netherland », *Accident Analysis and Prevention* , vol. 32, p. 355-364.

101. Stanwick R.S., M.E Moffatt, H. Loeser, R.M. Zuker (1981). « Hot tap water scalds in Canadian children », *JOURNAL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE*, vol. 125, n° 11, p. 1250-1253.

102. Welne S., B.J. Kaplan, M. Shaw (1989). « Pediatric burn prevention: An evaluation of the efficacy of a strategies to reduce tap water temperature in a proportion at risk for scalds », *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, vol. 10, n° 4, p. 187-191.

103. MSSS (2001*). Note ministrielle. Mise au point concernant les recommandations pour la températuee des chauffe-eau compte tenu du problème des brûlures à l'eau chaude et des risques de légionellose*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociauX, Gouvernement du Québec, 30 mai , 3 p.

Brûlures- Avertisseurs de fumée

104. COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS (1987). « Preventing death and injury from fires with sprinklers and smoke detectors », *Journal of the American Medical Association*, vol. 257, n° 12, p. 1618-1620.

105. FEDERAL EMERGENCY MANAGEMENT AGENCY (1981). A ounce of prevention, Wash. D.C., Federal Emergency Management Agency, 20 p.

106. Marshall S.W., C.W. Runyan, S.L. Bangdiwala, M.A. Linzer, J.J. Sacks, J.D. Butts (1998). « Fatal residential fires: who dies and who survives? », *JAMA*, vol. 279, n° 20, p. 1633-1637.

Brûlures- Coups de soleil

107. SANTÉ CANADA (1999). *Santé et plaisir au soleil*, Programme de protection solaire, Otttawa, 4 p.

108. ASSOCIATION CANADIENNE DE DERMATOLOGIE (1998-1999), *Bonjour Soleil, Brûler ? Pas question.* Ottawa, 4 p.

Brûlures- Programmes de prévention

109. YTTERSTAD B., S.G. SMITH, A. COGGAN (1998). « Harstad injury prevention study: prevention burns in young children by community based intervention », *Injury Prevention*, vol. 4, n° 4, p. 176-180.

110. YTTERSTAD B. ET A.J. SOGAARD (1995). « The Harstad Injury Prevention Study: prevention of burns in small children by a community-based intervention », *Burns*, vol. 21, n° 4, p. 259-266.

Brûlures- Électricité

111. RIDENOUR M.V. (1997). « Age appropriateness and safety of electric outlet protectors for children », *Percept Mot Skills*, vol. 84, n° 2, p. 387-392.

112. HYDRO-QUÉBEC (1999). *Il y a électricité et sécurité.* Brochure de prévention des chocs électriques. Avril.

Brûlures- Vêtements de nuit pour enfants

113. SANTÉ CANADA (1998). *Vêtements de nuit pour enfants : lignes directrices concernant les exigences sur les vêtements de nuit pour enfants en vertu de la Loi sur les produits dangereux*, Ottawa, août, 35 p.

114. CUSIK J.M., E.J. GRANT, J.O. KUCAN (1997). « Children's sleepwear : relaxation of the Cosumer Product Commission's flammability standard », *J. Burn Care Rehabil*, vol. 18, n° 5, p. 469-476.

Brûlures- Autre programme de prévention

115. FIRE PREVENTION CANADIAN (1999). *Fire Hall: Fire Prevention Week Kit*, Ottawa.

Brûlures- Campagne de sensibilisation

116. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (1999). *Avez-vous du feu? Semaine de prévention des incendies 3 au 9 octobre 1999*, Québec, Gouvernement du Québec.

Brûlures- Outils promotionnels

117. HYDRO-QUÉBEC (1999). *Prudent sur toute la ligne*, Programme pour les élèves du primaire de 4e et 5e années, Cahiers d'activités et guide de l'enseignant.

Intoxications

118. LEFEVRE L. (1995). « Coup d'œil sur les intoxications accidentelles chez l'enfant », *Bulletin d'information toxicologique*, vol. 11, n° 1, 3 p.

119. LEFEVRE L. (1999). « Acétaminophène, principale cause d'intoxication », *Bulletin d'information toxicologique*, vol. 15, n° 1, Janvier, 3 p.

Intoxications- Avertisseurs de monoxyde de carbone

120. YOON S.S., S.C. MACDONALD, R.G. PARRISH, (1998). « Deaths from unintentional carbon monoxide poisoning and potential for prevention with carbon monoxide detectors », *JAMA*, vol. 279, n° 9, p. 685-687.

121. PROVENCHER S. (1999). *Intoxication au monoxide de carbone reliées au verglas de janvier 1998.* Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 39 p.

122. KRENZELOK E.P., R. ROTH, R. FULL (1996). « Carbon monoxide...the silent killer with an audile solution », *Am. J. Emerg. Med.*, vol. 14, n° 5, p. 484-486.

123. RÉGIE DU BÂTIMENT DU QUÉBEC (1999). *Sauf quelques exceptions : les avertisseurs de monoxyde de carbone sont toujours recommandés*, Communiqué de presse, 13 avril 1999, 2 p.

124. MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA (1999). *Règlement sur les cosmétiques*, dernière modification le 1 avril 1995, Ottawa, Gouvernement du Canada, 8 p.

125. MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA (1999). *Loi sur les produits dangereux. Règlement sur les produits chimiques et contenants destinés aux consommateurs*, dernière modification le 29 novembre 1995, Ottawa, Gouvernement du Canada, 69 p.

126. KELLY N.R., M.D. ELLIS, R.T. KIRLAND, S.E. HOLMES, C.A. KOZINETZ (1997). « Effectiveness of a poison center: impact on medical facility visits », *Vet.Hum.Toxicol.*, vol. 39, n° 1, p. 44-48.

127. SANTÉ CANADA (1998). *Mise à jour. Évaluation du risque du phtalate de diisonyle dans les produits en vinyle pour enfants*, Ottawa, Direction des produits de consommaion, Bureau de la sécurité des produits, Direction de l'hygiène du milieu, Direction générale de la protection dela santé, 14 novembre, 8 p.

128. WILKINSON C.F. ET J.C. LAMB (1999). « The potentiel health effects of phtalate esters in children's toys : review and risk assessment », *Regul Toxicol Pharmacol*, 30 (2 Pt 1), p. 140-155.

129. PELLETIER-BOURGEOIS C. ET C. ROSS (1996). *Rapport d'évaluation d'implantation de la trousse R.A.P.P.I.D.*, Drummondville, Direction de la santé de la Maurcie-Bois Francs, septembre, 37 p.

130. BOND G.R. (1995). « Home use of syrup of ipecac is associated with a reduction in pediatric emergency department visits », *Ann. Emerg. Med.*, vol. 25, n° 3, p. 338-343.

131. FERNAND P. ET C. PELLETIER-BOURGEOIS (1997). *Rapport d'évaluation de la trousse R.A.P.P.I.D.*, Drummondville, Direction de la santé publique de la Mauricie-Bois-Francs, 47 p.

132. LEDUC S. ET N. DION (1999). *Évaluation d'une trousse de prévention des traumatismes à domicile survenant à des jeunes enfants*, Rimouski, Direction de la Santé publique Bas Saint-Laurent, 43 p.

133. SULLIVAN C. ET M. DORVAL (1999). « Semaine nationale de prévention des intoxications », *Bulletin d'information toxicologique*, vol. 15, n° 1, janvier, 2 p.

Suffocations et étranglements

134. SANTÉ CANADA (1998). *Ventes de garage*, Ottawa, Direction générale de la protection de la santé, Sécurité des produits, Ottawa, 3 p.

135. NAKAMURA S., M. WIND, M.A. DANELLO (1999). « Review of hazard associated with children placed in adult beds », *Arch Pediatr Adolesc Med*, vol. 153, n° 10, p. 1019-1023.

136. RAUCHSCHWALBE R. ET N.C. MANN (1997). « Pediatric window-cord strangulation in United-States, 1981-1995 », *JAMA*, vol. 277, n° 2, p. 1696-1698.

137. ALTMAN A.E., ET J. OZANNE-SMITH (1997). « Non-fatal asphyxiation and foreign body ingestion in children 0-14 years », *Injury Prevention*, vol. 3, n° 3, p. 176-182.

138. SANTÉ CANADA (1999). *La mort subite du nourrisson au Canada : réduire le risque*, Énoncé Conjoint, Ottawa, Gouvernement du Canada, mai, 4 p.

139. ENVIRONICS RESEARCH GROUP (1999). *Enquête de références sur la sensibilisation, les connaissances et les comportements associés au syndrome de mort subite du nourrisson (MSN)*, préparé pour Santé Canada, Ottawa, mars, 18 pages et annexes.

140. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (1996). « La réduction du risque mort subite du nourisson », *Peadiatrics and Child Health*, vol. 1, n° 1, p. 71-76.

Noyades et quasi-noyades à domicile

141. CROIX-ROUGE CANADIENNE (1997). *Rapport national sur les noyades. Rapport visuel de surveillance. Une analyse des noyades et autres décès par traumatisme liés à l'eau au Canada en 1994 et 1995*. Montréal, Croix-Rouge canadienne et Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 131 p.

142. BARSS P. (1997). *Noyades et autre décès par traumatisme liés à la navigation. Une analyse des circonstances des noyades et autres décès par traumatisme liés à la navigation au Canada en 1995*. Montréal, Croix-Rouge canadienne et Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 59 p.

143. BAXTER L., (1986,1987). « Consumer Product Safety Commission Study of Child Downing in Childhood Downing : current issues and strategies for prevention », D. Briil et S. Micik (réd.), *California Downing Prevention Network*, Orange, N. County Health Service, Orange County Trauma Society, p. 37-44.

144. LOGAN P., C.M. BRANCHE, J.J. SACKS, G. RYAN, J. PEDDICORD (1998). « Childhood downing and fencing of outdoor pools in the United States, 1994 » , *Pediatrics*, vol. 101, n° 6, E3.

145. BÉGIN C., (1998). *Réglementation municipale en matière de piscine résidentielle, région de Lanaudière, Faits saillants 1997*, Joliette, Direction de la santé publique de Lanaudière, 15 p.

146. SERGERIE D., B. BROWN, P. CREVIER (1997). *Portait de la sécurité en piscine résidentielle*, Saint-Lambert, Direction de la santé publique de la Montérégie, 47 p.

147. SÉCURITÉ DANS LES SPORTS (1998). *Conseils : Les piscines résidentielles*, Québec, Ministère de l'éducation du Québec, Loisirs et sports, Gouvernement du Québec, mai, 4 p.

148. SÉCURIJEUNES CANADA (1999). *La sécurité nautique*, Toronto, 2 p.

149. LAFORÊT S. (1998). *Piscines résidentielles : noyades et réglements municpaux. État de la situation pour l'île de Montréal*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, mai, 16 p.

150. PEARN J.H. ET J. NIXON (1977). « Are swimming pools becoming more dangerous », *Medical Journal of Australia*, vol. 2 , p. 702-704.

151. JONES C.S. (1999). « Drowning among personal watercraft passengers : the ability of personal flotation devices to preserve life on Arkansas waterways », *J. Ark. Med. Soc.*, vol. 96, n° 3, p. 97-98.

152. RAUCHSCHWALBE R., R.A. BRENNER , G.S. SMITH (1997). « The role of bathtub seats or rings in infant drowning deaths », *Pediatrics*, vol. 100, n° 4, E1.

153. U.S. CONSUMER PRODUCT SAFETY COMMISSION CPSC (1997). « Announces Study Results f Drowing Danger using Infant Bathtub Seat », *News of CPSC*, Washington D.C., october 6.

Morsures d'animaux domestiques

154. Anonyme (1999). 117 000 morsures d'animaux par année, *PetitMonde*, le 28 avril.

155. LAFORÊT S. ET M. COMEAU (1999). *Morsures de chien. Ampleur du problème et réglementations municipales sur l'île de Montréal*, Montréal, Direction de la Santé publique de Montréal-Centre, avril, 9 p.

156. SANTÉ CANADA (1999). *Blessures associées aux morsures et attaques de chien, base de données du SCHIRPT, données pour 1996, tous âges* Rapport de blessure, Ottawa, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, janvier, 7 p.

157. TURGEON L., (1998). « Les petits bobos de l'été », *Le Lundi*, juillet.

158. ROCHETTE M., (1997). *Morsures de chien, Problématique et mesures de prévention. Avis du Conseil des directeurs de santé publique du Québec*, Québec, Centre de santé publique de Québec, 24 p.

Armes à feu

159. BEAULNE G. ET R. MASSÉ (1991). *Mémoire présenté au comité législatif de la chambre des communes sur le projet de la Loi C-17 concernant le contrôle des armes*, Montréal, Département de santé publique de Hôpital général de Montréal, 24 p.

160. CUKIER W.,(1998). « La réglementation des armes à feu : le Canada dans le contexte international », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 19, n° 1.

161. COALITION POUR LE CONTRÔLE DES ARMES (2000). *Les « journées de chasses pour les jeunes » mettront les enfants en danger : les experts en santé et en prévention des blessures s'opposent à la proposition du gouvernement fédéral*, communiqué de presse, le 10 août .

162. MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1998). *Règlement relatifs à la Loi sur les armes à feu*, Ottawa, Centre canadien des armes à feu, Gouvernement du Canada, mars, 85 p.

163. CENTRE CANADIEN DES ARMES À FEU, (2000). *Je suis mineur*. Formulaires et assistance, Ottawa, 3 p.

164. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, (1998-99). *Manuel de références des préposés aux armes à feu*, Ottawa, Centre canadien des armes à feu, Gouvernement du Canada, (format informatisé).

165. BOILEAU L., (1994). *Enquête du coroner sur l'entreposage des armes à feu.* Mémoire de la conférence des Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec et du Conseil des directeurs de Santé publique, Montréal, 38 p.

- Blessures liées à la ferme

166. PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES BLESSURES EN MILIEU AGRICOLE, CANADA (1999). *Blessures mortelles reliées au travail en milieu agricole, Canada, 1990-1996.* Kingston, PCSBMA-Agriculture et agroalimentaire Canada, Queen's University.

167. PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES BLESSURES EN MILIEU AGRICOLE, CANADA (1999). *Blessures en milieu agricole ayant nécessité l'hospitalisation, Canada, 1990-1996,* Kingston, PCSBMA-Agriculture et agroalimentaire Canada, Queen's University.

168. PARÉ L. (1999). *Les blessures mortelles survenues en milieu agricole au Québec entre 1990-1996*, Rapport de la branche québécoise. Programme canadien de surveillance des blessures en milieu agricole (PCSBMA), Direction de la santé publique Chaudière-Appalaches, non-publié, 8 p.

169. HARTLING L., W. PICKETT, R.J. BRISON (1998). « Le programme canadien de surveillance des traumatismes à la ferme: une nouvelle initiative pour la prévention des blessures », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 19, n° 3.

170. PICKETT W., R.J. BRISON, H. NIEZGODA, N.L. CHIPMAN (1995). « Non fatal farm injuries in Ontario : A population-based survey », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 27, p. 425-433.

171. PICKETT W., R.J. BRISON, J.R. HOEY (1995). « Fatal and hospitalized agriculture machinery injuries to children in Ontario, Canada », *Injury Prevention*, vol. 1, p. 97-102.

172. SYNDICAT DES AGRICULTRICES DE LA RÉGION DE QUÉBEC (1996*). Prudo et Casse-Cou à la ferme, programme de prévention des blessures à la ferme*, Québec.

173. GIRARD S.A. (1999). *Évaluation d'une formation sur la sécurité à la ferme à l'intention des enfants du primaire de milieu rural*, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec et de Chaudière-Appalaches, septembre, 26 p.

174. BRISSETTE Y., B. GINGRAS, L. LACASSE, M. LAVOIE, B. PAQUET, L. PARÉ (1999). *La sécurité des enfants à la ferme, un investissement pour l'avenir. Guide de l'animateur*, Québec, CSST, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches, UPA, Centre de la santé de Québec, 63 pages + annexes.

175. NAWROT R., M. KRUPP, M. FRANKLIN (1996). « Teaching Agriculture Safety Kids », *Center Research Briefs*, Vol.1, N°.4, Center for Rural Health and Social Service Development, Office of Economic & Regional Development, Southern Illinois University at Carbondale.

176. BAKER D.E. (1997) « Rural communities benefit from Teaching Agricultural Safety to Kids program », notes personnelles, document informatique, 30 janvier.

- Blessures liées à la pratique d'activités sportives et récréatives

Appareils de jeu

177. SANTÉ CANADA (1998). *Blessures associées aux appareils de jeux, base de données du SCHIRPT, données pour 1996, sujets de moins de 20 ans*, Rapport de blessure, Ottawa, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, janvier , 8 p.

178. BURFORD G. (1998). *Aires et équipements de jeu (CAN/CSA Z614-98)*, Toronto, Comité technique, Association canadienne de normalisation (CSA), 237 p.

179. FORTIER D., D. SERGERIE , D. LESAGE (1999). *Le guide des aires de jeu 98. Outil d'interprétation et de gestion de la norme CAN/CSA Z614-98 sur l'aménagement sécuritaire des appareils de jeu et aires de jeu.* Longueuil, Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, Direction de la Santé publique. 81 p.

180. MOWAT DL., F. WANG, W. PICKETT, R.J. BRISON (1998). « A case-control study of risk factors for playground injuries among children in Kingston and area », *Injury Prevention*, vol. 4, n° 1, p. 39-43.

181. ROBITAILLE Y., D. LESAGE, S. LAFORÊT, D. DORVAL, B. PLESS. (1997). *Réduction des blessures liées aux appareils de jeu par l'amélioration des appareils*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Montréal, décembre, 30 p.

182. LAFORÊT S. (1997). *Études des facteurs de risque de la sévérité et de la survenue des traumatismes liés aux aires et appareils de jeu*, thèse de Ph.D., Montréal, Département d'épidémiologie et de biostatistiques, Université McGill.

183. LAFORÊT S., Y. ROBITAILLE, D. LESAGE, D. DORVAL (2001). « Surfaces characteristics, equipment height, and the occurrence and severity of playground injuries », *Injury Prevention*, vol. 7, p. 35-40.

184. LAFORÊT S., Y. ROBITAILLE, D. DORVAL, D. LESAGE, B. BLESS (2000). « Severity of Fll injuries on sand or grass in playground », *J. Epidemiology Community Health*, vol. 54, p. 475-477.

185. LESAGE D. (1999). *Les surfaces sous les appareils de jeu. C'est important même à la maison*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, mars, 8 p.

Patins à roues alignées et planche à roulettes

186. SANTÉ CANADA (1996). *Blessures associées aux patins à roues alignées, base de données du SCHIRPT, données pour 1994, sujets de moins de 20 ans*, Rapport de blessures, Ottawa, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, janvier, 6 p.

187. BEAULNE G., (1994). *Blessures liées à l'utilisation du patin à roue alignées*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, août, 5 p.

188. HELLER D.R., V. ROUTLEY, S. CHAMBERS (1996). « Rollerblading : injuries in young people », *J. Pediatr. Child. Health*, vol. 32, n° 10, p. 35-38.

189. MACGRATH D. ET TF. BEATTIE (1996). « Rollerblanding in children : the Edimburg experience », *J. Accid. Emerg. Med.*, vol. 13, n° 5, p. 354-355.

190. U.S. COUNSUMER PRODUCT SAFETY COMMISSION (CPSC) (2000). *CPSC Reports as Scooter Sales Skyrocket, Injuries Soar. Recommends Roders Wers Safety Gear*, Washington DC, september 5, 2 p.

191. SANTÉ CANADA (2001). *Blessures associées aux trottinettes, base de données du SCHIRPT,* Ottawa, Rapport de blessures, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, janvier, 2 p.

192. SÉCURITÉ DANS LES SPORTS (1998). *Conseils : La planche à roulettes (skateboard),* Québec, Loisirs et sports Ministère de l'Éducation du Québec, mai, 2 p.

193. LEWIS L.M., O.C. WEST, J. STANDEVEN, H.E. JARVIS (1997). « Do wrist guards protect against fractures ? », *Ann. Emerg. Med.*, vol. 29, n° 6, pp. 766-769.

194. ÉDITEUR OFFICIEL (1997). *Code de la sécurité routière*, Québec, L.R.Q. chapitre C-24.2, à jour au 11 mars 1997, 181 p.

195. VILLE DE MONTRÉAL (1999). *Patins à roues alignées*- Montréal, Info Montréal-Jeunes : c'est physique, 29 juin, 4 p.

Ski et planche à neige

196. SECRÉTARIAT AU LOISIR ET AU SPORT, DIRECTION DE LA SÉCURITÉ (2001). *Sondage sur le blessurs subies au cours de la pratique d'activités récréatrives et sportives entre octobre 1999 et septembre 2000*, Trois-Rivières, Jolicoeur et Associés.

197. BOUDREAU F., (1999*). Rapport de blessures. Stations de ski du Québec. Saisons 1995-1996, 1996-1997 et 1997-1998*, Trois-Rivières, Direction générale des loisirs et des sports, Direction de la sécurité, Ministère de l'Éducation du Québec, juillet, 51 pages.

198. ARCHAMBAULT M., S. AUDET, J. MORIN (1997*). Étude économique et financière des centres de ski du Québec, saison 1996-1997*, Montréal, Chaire du tourisme, Université du Québec à Montréal, Association des stations de ski du Québec.

199. DIRECTION DE LA SÉCURITÉ (2000). *Ski alpin et surf des neiges*, Trois-Rivières, Secrétariat au loisir et au sport, octobre, 3 p.

200. MACNAB A.J., ET R. CADMAN (1996). « Demographics of alpine skiing and snowboarding injury : lessons for prevention programs », *Injury. Prevention*, vol. 2, n° 4, p. 286-289.

201. DEIBERT M.C., D.D. ARONSSON, R.J. JOHNSON, C.F. ETTLINGER, J.E. SHEALY (1998). « Skiing injuries in children, adolescents, and adults », *J. Bone Joint. Surg. Am.*, vol. 80, n° 1, p. 25-32.

202. BROWN J. (1996*). Profil des blessures associées à la glissade*, Bulletin du SCHIRPT, Ottawa,Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, 9 novembre, 2 p.

203. GOULET C., G. RÉGNIER, G. GRIMARD, P. VALOIS ET P. VILLENEUVE (1999) . « Risk Factors Associated with Alpine Skiing Injuries in Children », *The American Journal of Sports Medicine*, vol. 27, n° 5, p. 644-650.

204. HACKAM D.J., M. KRELLER, R.H. PEALR (1999). « Snow-related recreational injuries in children : assessment of morbidity and management strategies », *J. Pediatr. Surg.*, vol. 34 , n° 1, p. 65-68.

205. MAURAIS G. (1997). *Loi Règlement & Prévention: Ski alpin, planche à neige*, Québec, Direction de la sécurité, Loisirs et sports, Ministère de l'Éducation du Québec, février, 53 p.

206. DIRECTION DE LA SÉCURITÉ (2000). « Plein air – ski de fond», *Sécuri-sport express*, Trois-Rivières, Secrétariat au loisir et au sport, mars, 5 p.

Noyades et quasi-noyades

207. SANTÉ CANADA (1999). *Blessures associées aux motomarines, base de données SCHIPRT de juin 1998*, Rapport de blessures, Ottawa, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, janvier 1999, 7 p.

208. SÉCURITÉ DANS LES SPORTS (1998). *Conseils : Les motomarines*, Trois-Rivières, Loisirs et sports, Ministère de l'éducation du Québec, mai, 3 p.

209. U.S. DEPARTMENT OF TRANSPORTATION (1996). *United States Coast Guard, Boating statistics, 1996*, Washington D.C., Commandant Publication P16754.10.

210. JONES C.S. (2000). « Epidemiology of personal watercraft-related injury on Arkansas waterways, 1994-1997, identifiying priorities for prevention », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 32, p. 373-376.

211. GARDE CÔTIÈRE (1999). *Guide de sécurité nautique 1999*, Ottawa, Pêches et Océans Canada.

212. TRANSPORT CANADA (1999). *Loi sur la marine marchande du Canada. Règlement sur les restrictions à la conduite des bateaux*, Ottawa.

213. BENNETT E., P. CUMMINGS, L. QUAN, F.M. LEWIS (1999). « Evaluation of a downing prevention campaign in King County, Washinton », *Injury Prevention*, vol. 5, n° 2, p. 109-113..

214. RÉGIE DU BÂTIMENT DU QUÉBEC (1999). *Piscines et plages : la sécurité avant tout !*, Communiqué de presse, 14 juillet 1999, 2 p.

Véhicules hors route

215. LESTER D.G., J. CARL, J.H. MORGAN, D.A. DENNIN, M. VLANETOVIC, B. TRENT, B.L. BEAVER (1998). « Pediatric all-terrain vehicle trauma : a 5-year statewide experience », *J. Pediatric Surg.*, vol. 33, n° 7, p. 1081-1083.

216. WARDA L., T.P. KLASSEN, N. BUCHAN, A. ZIERLER (1998). « All terrain vehicle ownership, use, and self reported safety behaviours in rural children », *Injury Prevention.*, vol. 4, n° 1, p. 44-49.

217. KRAUS J.F., C.PEEK, D.L. MACARTHUR, A.WILLIAMS (1994). « The effect of the 1992 California motorcycle hemet use law on motorcycle crash fatalities and injuries », *JAMA* ,vol. 272, n° 19, p. 1506-1511.

218. DING S.L., L. PAI, J.D. WANG, K.T. CHEN (1994). « Head Injuries in traffic accidents with emphasis on the comparaison between motorcycle-helmet users and non-users », *J. Formos Med. Assoc.*, vol. 93 Suppl 1(HD) : S. 42-48.

219. TSAI Y.J., J.D. WANG, W.F, HUANG (1995). « Case-control study of the effectiveness of different types of helmets for the prevention of head injuries asmong motorcycle riders in Taipei, Tawain », *Am. J. Epidemiol.*, vol. 142, n° 9, p. 974-981.

220. ÉDITEUR OFFICIEL (1996). *Loi sur les véhicules hors route*, L.Q.. chapitre 60, Québec, Gouvernement du Québec, 2 p.

221. TRANSPORT QUÉBEC (1997). *Sécurité et respect de l'environnement. La bonne conduite !* , Québec, Gouvernement du Québec, 4 p.

222. BEGIN C., (1995). *Les blessures liées aux véhicules hors route : bilan des hospitalisations et des consultations à l'urgence du Centre hospitalier régional De Lanaudière*, Joliette, Direction de la santé publique de Lanaudière, 33 p.

223. LÉGARÉ G., (1996). *Étude québécoise sur les blessures attribuables à la motoneige : rapport de recherche*, Rimouski, Comité de prévention des traumatismes, 67 p.

224. BUREAU DU CORONER (1995-1996). *Analyse descriptive des accidents de motoneige : saison 1986-87 à 1993-1994; 1986-87 à 1994-95*, Sainte-Foy, 18 p.

225. ROGERS G.B. (1990). « The effectiveness of helmets in reducing all-terrain vehicle injuries and deaths », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 22, n° 1, p. 47-58.

226. CONSEIL CANADIEN DE LA SÉCURITÉ (1998). *Cours de formation en véhicules tout-terrain*, Ottawa.

227. CONSEIL CANADIEN DE LA SÉCURITÉ (1998). *Quadriste prudent*, Ottawa.

Activités sportives d'équipe

228. LAFLAMME P., P. MAURICE, D. LALIBERTÉ, J. FLORÈS (1993). *Blessures liées à la pratique du hockey. Étude des consultations à l'hôpital de l'Enfant-Jésus*, Québec, Centre de santé publique de Québec, non publié.

229. LAFLAMME P., P. MAURICE, D. LALIBERTÉ (1996). « Hockey Injuries : Consultation in a Hospital Center in Quebec », *Can. J. Public Health*, vol. 87, n°. 4, p. 240-243.

230. UNITED STATES CONSUMER PRODUCT SAFETY COMMISSION (1996). *CPSC Releases Study of Protective Equipment for Baseball*, Release 96-140, document électronique, June, 8 p.

231. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1998). *Loi sur la sécurité dans les sports. Règlement sur les équipements protecteurs requis pour la pratique du hockey sur glace*, éditon électronique, 3 p.

232. DIRECTION DE LA SÉCURITÉ (2000). « Hockey sur glace », *Sécuri-sport express*, Trois-Rivières, Secrétariat au loisir et au sport, mars, 15 p.

233. RÉGNIER C., C. SICARD ET C. GOULET (1995). « Economic impact of a regulation imposing full-face protectors on adult hockey players », *International Journal of Consumer Safety*, vol. 2, n° 4, p. 191-207.

234. RAMPTON J., T. LEACHT, S.A. THERRIEN, G.W. BOTA, B.H. ROWE (1997). « Head, neck and facial injuries in ice Hockey : the effect of protective equipments », *Clin. J. Sport Med.*, vol. 7, n° 3, p. 162-167.

235. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (1995). « Preventing and treating Dental Injuries : What to Do in a Dental Emergency », *ADA News Releases*, October 7, 2 p.

236. YAMADA T, Y. SWAKI, S. TOMIDA, T. TOHMAI, M. UEDA (1998). « Oral Injuries and mouthgard usage by athletes in Japan », *Endod. Dent. Traumatol.*, vol. 14 , n° 2, p. 84-97.

237. BIR C.A., S.J. CASSATTA, D.H. JANDA (1995). « An analysis and comparison of soccer shin guards », *Clin. J. Sport Med.*, vol. 5, n° 2, p .95-99.

238. FRANCISCO A.C., R.W. NIGHTINGAL, F. GUILAK , R.R. GLISSON, W.E. JR GARRETT (2000). « Comparison of soccer skin guards in preventing tibia fracture ». *Am. J. Sports Med*, vol. 28, n° 2, p. 227-233.

239. BODEN B.P. (1998). « Leg injuries and sin guard », *Cli. Sports Med.*, vol.17, n° 4, p. 769-777.

240. BODEN B.P., J.H. LOHNES, J.A. NUNLEY, W.E. JR. GARRETT (1999). « Tibia and fibula fractures in soccer players », *Knee Surg. SportsTraumatol. Arthrosc.*, vol. 7, n° 4, p. 262-266.

241. DIRECTION DE LA SÉCURITÉ (2000). Sports de gymnase, *Sécuri-sport express*, Trois-Rivières, Secrétariat au loisir et au Sport, Mars, 9 p.

242. ROBERT W.O., J.D. BRUST, B. LEONARD, B.J. HEBERT (1996). « Fair-play rules and injury reductios in ice hockey », *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, vol. 150, n° 2, p. 140-145.

Camping et activités de plein air

243. DIRECTION DE LA SÉCURITÉ (2000). Activités de plein air, *Sécuri-sport expres*, Trois-Rivières, Secrétariat au loisir et au Sport, mars, 14 p.

244. NEWMAN L.M., D.S. DIEKEMA, C.D. SHUBKIN, E.J. KLIEN, L. QUAN (1998). « Pediatric wilderness recreational deaths in western Washington State », *Ann Emerg. Med.*, vol. 32, n° 6, p. 687-692.

245. KEY J.D. (1997). « Illness and Injuries at summer camp », *South Med. J.*, vol. 90, n° 5, p. 489-492.

246. LA RÉGIE DU BÂTIMENT DU QUÉBEC (2001). *Le propane et votre sécurité*, Documentation grand public, Québec, Gouvernement du Québec, 7 p.

247. LA RÉGIE DU BÂTIMENT DU QUÉBEC (2001). *Super sécurité et votre barbecue au propane*, Documentation grand public, Québec, Gouvernement du Québec, 5 p.

248. SHERIDAN R.L., M.E. HOEY, W.N. DALEY, P.M. LYBARGER (1997). « Childhood burns in camping and outdoor cooking accidents : a focus for prevention », *J. Burn Rehabil.*, vol. 18, n° 4, p. 369-371.

249. Ministère de la Justice (1999). *Règlement régissant l'utilisation à des fins de camping des terres publiques sises dans les parcs nationaux du Canada*, DORS/80-127 1994, Ottawa, Gouvernement du Canada, 30 avril, 7 p.

250. Association pour la protection contre la foudre (2000). *20 recommandations de prudence en cas d'orage*, Paris, 27 novembre, 7 p.

B) LISTE DES PRODUCTEURS DE DÉPLIANTS ET DE BROCHURES

1) Blessures liées à la route

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) 333, boul. Jean-Lesage O-M-5, Québec (Québec) G1K 8J6 Directrice des communications : Suzanne Beaulieu Téléphone : (418) 528-3990 Télécopieur : (418) 646-7220 Site internet : www.saaq.gouv.qc.ca	Promouvoir la sécurité routière : la recherche, l'éducation, la normalisation et le contrôle. Campagnes publicitaires, guides d'activités pédagogiques, dépliants, cliniques de vérification des sièges d'auto.	- **Et si votre vie ne tenait qu'à ça?** - **Pour éviter les mauvais coups. Moi, je m'ajuste!** - **Ralentir ça sauve des vies** - **La sécurité des piétons** - **Mal installé danger. Un siège d'auto pour enfants** - **A vélo comme en auto...**

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Transports Canada Direction générale de la sécurité routière et de la réglementation automobile 330 rue Sparks, 8e étage, Ottawa, Ontario, K1A 0N5 Directrice générale: Nicole Pageot Téléphone : (613) 993-6735 Télécopieur : (613) 990-2914 Site internet : http ://www.tc.qc.ca/securiteroutiere/	Administrer la Loi sur la sécurité des véhicules automobiles et les programmes pertinents à la recherche et les programmes d'information. La Loi établit les normes concernant la sécurité de la conception, de la construction et du fonctionnement des véhicules neufs, des pneus et des dispositifs de retenue pour les enfants.	- **Ce que vous devez savoir au sujet des sacs gonflables** - **Protégeons les enfants : En voiture 1-2-3-4.**

2) Blessures liées au domicile

a) Général

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Santé Canada Programme de l'hygiène du milieu Bureau de la sécurité des produits Direction générale de la protection de la santé 1001, rue Saint-Laurent Ouest, Longueuil (Québec) J4K 1C7 Téléphone : (450) 646-1353 Télécopieur : (450) 928-4102 Site internet : http//www.hc-sc.gc.ca	Réglementer et surveiller tous les produits de consommation ainsi que les produits chimiques utilisés sur les lieux de travail. Réglementer et surveiller tous les produits dangereux.	- **Votre enfant est-il en sécurité ?**

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Direction de la santé publique **Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre** Centre de documentation, 1301, rue Sherbrooke Est Montréal (Québec) H2L 1M3 Personne ressource : Zerdelian Sossée Téléphone : (514) 528-2400 (poste 3646) Site internet : http//www.santepub-mtl.qc.ca	Informer la population de l'état de santé générale des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables et des principaux facteurs de risque. Spécialisation : prévention des traumatismes chez les occupants de véhicules à moteur, piétons, chez les jeunes enfants, terrain de jeux et chutes.	- **Les chutes , les empoisements et les brûlures chez les 0 – 4 ans. Comment les prévenir ?** **(Dépliant non inclus dans la version complète du guide)**

b) Chutes

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Santé Canada Programme de l'hygiène du milieu Bureau de la sécurité des produits Direction générale de la protection de la santé 1001, rue Saint-Laurent Ouest, Longueuil (Québec) J4K 1C7 Téléphone : (450) 646-1353 Télécopieur : (450) 928-4102 Site internet : http//www.hc-sc.gc.ca	Réglementer et surveiller tous les produits de consommation ainsi que les produits chimiques utilisés sur les lieux de travail. Réglementer et surveiller tous les produits dangereux.	- **La sécurité et les lits superposés**

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Direction de la santé publique **Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Lanaudière** 1000 Boulevard Sainte-Anne, Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2 Personne ressource : Josée Charron Téléphone : (450) 759-1157 (poste 4430) Télécopieur : (450) 759-5149 Courriel : claude_begin@ssss.gouv.qc.ca	Informer la population de l'état de santé générale des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables et des principaux facteurs de risque. Spécialisation : prévention des traumatismes chez les occupants de véhicules à moteur, des noyades et des traumatismes à domicile	- **La sécurité des lits d'enfants**

c) Brûlures

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Santé Canada Programme de l'hygiène du milieu Bureau de la sécurité des produits Direction générale de la protection de la santé 1001, rue Saint-Laurent Ouest, Longueuil (Québec) J4K 1C7 Téléphone : (450) 646-1353 Télécopieur : (450) 928-4102 Site Internet : http//www.hc-sc.gc.ca	Réglementer et surveiller tous les produits de consommation ainsi que les produits chimiques utilisés sur les lieux de travail. Réglementer et surveiller tous les produits dangereux.	- **Soyez prudents avec les briquets et les allumettes** - **Les chandelles allumées peuvent être dangereuses**

d) Intoxications

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Centre Anti-Poison du Québec (CAPQ) 1050, Chemin Sainte Foy, aile L, 1er étage Québec (Québec) G1S 4L8 Conseiller scientifique: Guy Sansfaçon Téléphone : (418) 654-2731 (219) Télécopieur : (418) 654-274 **Urgence : 1-800-463-5060** Site Internet : www.ctq.qc.ca	Répondre aux demandes concernant les intoxications aiguës (consultations médicales spéciales, analyses toxicologiques et distribution de dépliants)	- **Auto-collant avec le numéro du Centre Anti-Poison du Québec** - **Attention ! Poison** - **Le monoxyde de carbone tue. Y en a-t-il chez vous ?**

e) Étouffements et suffocations

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Santé Canada Programme de l'hygiène du milieu, Bureau de la sécurité des produits Direction générale de la protection de la santé 1001, rue Saint-Laurent Ouest, Longueuil (Québec) J4K 1C7 Téléphone : (450) 646-1353 Télécopieur : (450) 928-4102 Site internet : http//www.hc-sc.gc.ca Informations sur la mort subite du nourrisson (Santé Canada) Téléphone : 1-800-363-7437	Réglementer et surveiller tous les produits de consommation ainsi que les produits chimiques utilisés sur les lieux de travail. Réglementer et surveiller tous les produits dangereux.	- **Danger! Les enfants peuvent s'étrangler avec des cordons de stores et de rideaux** - **Dodo sur le dos !**

3) Blessures liées à la ferme

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec Direction des relations avec les partenaires 1199 rue Bleury, 2e étage C.P.6056, Succ. Centre-ville Montréal (Québec) H3C 4E1 Personne ressource : Guylaine Tremblay Téléphone : (514) 873-6745 Site internet : www.csst.qc.ca	Administrer le régime de santé et de sécurité du travail Faire la promotion de la santé et de la sécurité au travail, porter assistance aux employeurs et travailleurs pour assainir leur milieu de travail et éliminer les dangers et effectuer des inspections des lieux de travail. La commission indemnise les travailleurs pour les lésions professionnelles, fournir une assistance médicale et de réadaption aux travailleurs	- **La sécurité des enfants à la ferme, un investissement pour l'avenir**

4) Blessures liées à la pratique d'activités sportives et récréatives

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Santé Canada Programme de l'hygiène du milieu Bureau de la sécurité des produits Direction générale de la protection de la santé 1001, rue Saint-Laurent Ouest, Longueuil (Québec) J4K 1C7 Téléphone : (450) 646-1353 Télécopieur : (450) 928-4102 Site internet : http//www.hc-sc.gc.ca	Réglementer et surveiller tous les produits de consommation ainsi que les produits chimiques utilisés sur les lieux de travail. Réglementer et surveiller tous les produits dangereux.	- **Les allume-barbecue sont dangereux pour les enfants !** - **La glissade en sécurité !** - **Sécurité au terrain de jeu** - **Hé, les enfants ! N'oubliez pas..** - **Danger d'étranglement** - **Sports d'hiver en toute sécurité** - **Sécurité près de la piscine** - **Patins à roues alignées et la planche à roulettes**

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Société de sauvetage (Division-Québec) 4545, Pierre de-Coubertin C.P. 1000, Succ M, Montréal(Québec) Téléphone : (514) 252-3100/ 1-800-265-3093 Télécopieur : (514) 254-6332 Site internet : www.sauvetage.qc.ca	Réduire les accidents associés à l'eau par le biais de l'éducation et de la formation de maîtres-nageurs et surveillants de plage.	- **Profession parents. Soyez Aqua-bon** **(Dépliant non inclus dans la version complète du guide)**

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Direction de la sécurité **Secrétariat au loisir et au sport** 100 rue Laviolette, Bureau 306 Trois-Rivières (Québec) G9A 5S9 Téléphone : (819) 371-6140/1-800-567-7902 Télécopieur : (819) 371-6992 Site internet : www.sls.gouv.qc.ca	Assurer la sécurité et l'intégrité des personnes dans la pratique d'activités récréatives et sportives.	- **Sécuri-sport express : Plein air** - **Sécuri-sport express : Sports de gymnase** - **Sécuri-sport express : Ski alpin et surf des neiges** - **Sécuri-sport express : Hockey sur glace** - **Sécuri-sport express : Conditionnement physique** - **Sécuri-sport express : Activités nautiques** **(Dépliants non inclus dans la version complète du guide)**

Nom et adresse	Mandats	Dépliants ou brochures
Direction de la santé publique **Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre** Centre de documentation, 4835 Christophe-Colomb, Montréal (Québec) H2J 3G8 Personne ressource : Zerdelian Sossée Téléphone : (514) 528-2400 (poste 3646) Télécopieur : (514) 528-2426 Site internet : htttp//www.santepub-mtl.qc.ca	Informer la population de l'état de santé générale des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables et des principaux facteurs de risque. Spécialisation : prévention des traumatismes chez les occupants de véhicules à moteur, piétons, chez les jeunes enfants, terrain de jeux et chutes.	- **Les surfaces sous les appareils de jeu. C'est important même à la maison**

C) LISTE DES PROGRAMMES QUÉBÉCOIS EN PRÉVENTION DES BLESSURES RETENUS DANS LE GUIDE

1) Blessures liées à la route

a) Occupants d'un véhicule à moteur

Nom et adresse	Description du programme	Programme
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) 333, boul. Jean-Lesage O-M-5, Québec (Québec) G1K 8J6 Agente d'information : Anne Boulette Téléphone: (418) 528-4045 Télécopieur : (418) 643-2009 Site internet : www.saaq.gouv.qc.ca	Cliniques de vérification de l'installation des sièges d'auto effectuées en collaboration avec les CLSC, les policiers, les centres d'entretien d'automobiles, etc. Ces cliniques se font sur une base volontaire.	- **Guide d'organisation des cliniques de vérifications de l'installation des sièges d'auto**

b) Piétons, cyclistes et transport scolaire

Nom et adresse	Description du programme	Programme
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) 333, boul. Jean-Lesage O-M-5, Québec (Québec) G1K 8J6 Agente d'information : Anne Boulette (transport scolaire) Téléphone : (418) 528-4045 Agente d'information : Jacqueline Laliberté (cycliste) Téléphone : (418) 528-4446 Télécopieur : (418) 643-2009 Site internet : www.saaq.gouv.qc.ca	Guides d'activités pédagogiques sur la sécurité routière regroupés par thèmes et selon les groupes d'âge des enfants. La diffusion se déroule dans le cadre des cours mais elle n'est pas obligatoire. Le but est de favoriser la connaissance de comportements sécuritaires.	- **La sécurité routière à l'école**

Nom et adresse	Mandats du programme	Nom du programme
Direction de la santé publique **Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie** 5245 Boulevard Cousineau, bureau 3000, Saint-Hubert (Québec) J3Y 6J8 Personne ressource : Diane Sergerie Équipe Environnement –Sécurité Téléphone : (450) 928-9777 Télécopieur : (450) 928-6781 Courriel : d.sergerie@rrsss16.gouv.qc.ca	Programme de promotion du port du casque chez les cyclistes, plus particulièrement en milieu défavorisé. Diffusion de dépliants, de vidéos et d'affiches à l'école, jeux et sensibilisation dans les parcs et animation auprès des parents.	- **Mon vélo casque, c'est sauté**

2) Blessures liées au domicile

Nom et adresse	Description du programme	Programme
Direction de la santé publique **Régie régionale de la santé et des services Sociaux du Bas-Saint-Laurent** 288, rue Pierre Saindon, 1e étage, Rimouski (Québec) Personne ressource : Sylvain Leduc Téléphone : (418) 724-8177 Télécopieur : (418) 723-3103 Courriel : sylvain_leduc@ssss.gouv.qc.ca	**Le programme est la distribution de trousses contenant des moyens efficaces de prévention des traumatismes à domicile**	- **Trousse de prévention des traumatismes à domicile survenant à des jeunes enfants**

Nom et adresse	Description du programme	Programme
Direction de la santé publique **Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre** 1301 Sherbrooke Est Montréal (Québec) H2L 1M/ Personne ressource : Yvonne Robitaille Téléphone : (514) 528-2400 (poste 3365) Télécopieur (514) 528-2426 Site internet : http//www.santepub-mtl.qc.ca	Programme de prévention des blessures à domicile chez les jeunes enfants de 0-4 ans. Rencontres d'information, location de barrières de sécurité pour éviter les chutes dans les escaliers.	- **Location de barrières de sécurité**

Nom et adresse	Description du programme	Nom du programme
Direction de la santé publique **Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec** 570, rue Hériot. Bureau 5000 Drummondville (Québec) J2B 1C1 Personne ressource : Carmelle Pelletier Téléphone : (819) 477-6221 poste 2511 Télécopieur : (819) 477-9443 Courriel : Carmelle_Pelletier@ssss.gouv.qc.ca	Programme de prévention sur les risques d'intoxications domestiques, les alternatives à certains produits dangereux et les procédures en cas d'une intoxication.	- **Trousse R.A.P.P.I.D.**

3) Blessures liées à la ferme

Nom et adresse	Description du programme	Nom du programme
Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec Direction des relations avec les partenaires 1199 rue Bleury, 2e étage C.P.6056, Succ. Centre-ville Montréal (Québec) H3C 4E1 Personne ressource : Guylaine Tremblay Téléphone : (514) 873-6745 Site internet : www.csst.qc.ca	Administrer le régime de santé et de sécurité du travail Faire la promotion de la santé et de la sécurité au travail, porter assistance aux employeurs et travailleurs pour assainir leur milieu de travail et éliminer les dangers et effectuer des inspections des lieux de travail. La commission indemnise les travailleurs pour les lésions professionnelles, fournir une assistance médicale et de réadaption aux travailleurs	- **La sécurité des enfants à la ferme, un investissement pour l'avenir**

Nom et adresse	Description du programme	Programme
Syndicat des agricultrices de la région de Québec 5165, rue Rideau, Québec Téléphone : (418) 872-0770 Télécopieur : (418) 872-3386	Diaporama de 80 dessins pour les enfants d'âge scolaire. Diffusion dans les écoles, livre-jeux donné aux élèves après le diaporama, indentification des comportements dangereux en milieu agricole.	- **Prudo et Casse-cou à la ferme**

D) LISTE DES ORGANISMES DE NORMALISATION DES PRODUITS

Nom et adresse	Mandats de l'organisme
Bureau de normalisation du Québec 333, rue Fraquet Sainte-Foy (Québec) G1P 4C7 Personne ressource : Sylvie Théberge Téléphone : (418) 652-2238 poste 2347 Télécopieur : (418) 652-2292 Site internet : www.criq.qc.ca/bnq/francais/	Élaborer des certificats de conformité de produits manufacturés avec des normes destinées à prévenir les traumatismes (casques, jambières pour les travailleurs forestiers, cols protecteurs pour les joueurs de hockey, etc.).

Nom et adresse	Mandats de l'organisme
Association canadienne de normalisation (ACNOR/CSA) Bureau de l'Est 865, rue Ellingham Pointe-Claire (Québec) H9R 5E8 Téléphone : (514) 694-8110 Télécopieur : (514) 694-5001 Site internet : www.csa-international.org	Rédiger des normes de certification, de mise à l'essai et d'inspection indépendantes du secteur privé.

Nom et adresse	Mandats de l'organisme
Bureau de la sécurité nautique **Garde côtière canadienne** **Pêches et Océans Canada** 101 Roland Therrien, Longueuil (Québec) Téléphone : 1-800-267-6687 Télécopieur : (613) 990-1866 Site internet : www.ccg-gcc.gc.ca/obs-bsn/	Voir à la réglementation, à son application et aux services techniques s'appliquant à la navigation de plaisance. Promouvoir la sécurité nautique grâce à un programme de prévention. Établir les normes nationales de compétence des conducteurs, d'éducation et de formation des conducteurs d'embarcations de plaisance.

Nom et adresse	Mandats de l'organisme
Transports Canada Direction générale de la sécurité routière et de la réglementation automobile 330 rue Sparks, 8e étage, Ottawa, ON K1A 0N5 Directrice générale: Nicole Pageot Téléphone : (613) 993-6735 Télécopieur : (613) 990-2914 Site internet : http ://www.tc.qc.ca/securiteroutiere/	Établir les normes de sécurité des véhicules routiers(automobiles, camions, autobus, motoneiges, VTT) qui s'appliquent aussi à des équipements précis comme les pneus et les systèmes de retenue d'enfant.

E) LISTE DES AUTRES ORGANISMES PERTINENTS

Noms et adresses	Mandats de l'organisme
SécuriJeunes Canada **(Safekids Canada)** 180 Dundas W Street Suite 1300 Toronto, ON M5G 1Z8 Téléphone : (416) 813-6766 Télécopieur : (416) 813-4986 Site internet : www. Securijeunescanada.ca	Représente le programme national de prévention des blessures du Hospital for Sick Children de Toronto. L'organisme s'engage à fournir de l'information afin d'aider à prévenir les blessures chez les enfants

Nom et adresse	Mandats de l'organisme
La société canadienne de la Croix-Rouge 6, Place du Commerce Verdun (Québec) H3E 1P4 Personne ressource : Josée Payant Téléphone : (514) 362-2929 Téléphone : 1-800-592-7647 (Sécurité aquatique) Télécopieur : (514) 362-9991 Site Internet : www.redcross.ca	Prévenir les traumatismes liés à la pratique des activités aquatiques et nautiques : campagnes de prévention des noyades, formation pour le public, formation de sauveteurs, services consultatifs et techniques.

Nom et adresse	Mandat de l'organisme
Conseil canadien de la sécurité (CCS) 1020, Place Thomas Spratt, Ottawa (Ontario) K1G 5L5 Téléphone : (613) 739-1535 Télécopieur : (613) 739-1566 Site Internet : www.safety-coucil.org/CCS/	Promouvoir la sécurité : information sur la sécurité, documents éducatifs et de sensibilisation touchant tous les aspects de la vie (route, domicile, travail et loisirs).

Nom et adresse	Mandats de l'organisme
Association canadienne des automobilistes (CAA-Québec) 444, rue Bouvier Québec (Québec) G1G 6N6 Personne ressource : Yvon Lapointe Téléphone : 1-800-686-9243 Télécopieur : (418) 624-3297 Site Internet : www.caaquebec.com/fr/fr_index.aps	Conseiller ses membres en matière de sécurité routière, surveillance de la signalisation routière et informer le public sur la sécurité routière par des interventions médiatiques.

Nom et adresse	Mandats de l'organisme
Office de la protection du consommateur (OPC) 11 bureaux dans le Québec Montréal Village omlypique 5199, rue Sherbrooke Est Montréal (Québec) H1T 3X2 Téléphone : 1-888-672-2556 Télécopieur : (514) 864-2399 Site internet :www.opc.gouv.qc.ca	L'office est chargée d'appliquer quatre lois, dont la plus connue est la *Loi sur la protection des consommateurs*. Les autres lois sont la *Loi sur les agents de voyages*, la *Loi sur les arrangements préalables de services funéraires et de spéputures* et la *loi sur le recouvrement de certaines créances*

Nom et adresse	Mandats de l'organisme
Fédération québécoise des clubs Quads (F.Q.C.Q .) 4545, av. Pierre de Coubertin C.P. 1000, Succ. M Montréal (Québec) H1V 3R2 Téléphone : (514) 252-3050 Télécopieur : (514) 252-3165 Site internet : www.fqcq.qc.ca/fqcq.html	Le seul organisme reconnu par le gouvernement du Québec pour la gestion et l'encadrement des activités reliées aux VTT (Quads). Elle s'occupe de campagnes de sécurité, de la sécurité dans les sentiers (patrouilleurs) et de la formation (cours de conduite de Quad).

Nom et adresse	Mandats de l'organisme
Fédération des clubs de motoneigistes du Québec (F.C.M.Q.) 4545, av. Pierre de Coubertin C.P. 1000. Succ. M Montréal (Québec) H1V 3R2 Téléphone : (514) 252-3076 Télécopieur : (514) 252-2066 Site internet : www.fcmq.q.ca/public/index.html	Elle représente ses membres pour le développement de la pratique de la motoneige dans tout le Québec. Elle a participé à l'élaboration de règlements de sécurité sur les courses de motoneige. Elle a choisi de faire de la sécurité sur les sentiers une priorité.

Nom et adresse	Mandats de l'organisme
Sports Québec 4545 Pierre-de-Coubertin Montréal (Québec) H1V 3R2 Personne ressource : Louise-Marie Houde Téléphone : (514) 252-3114 (poste 3620) Télécopieur : (514) 254-9621 Site internet : www.sportsquebec.com	Corporation privée sans but lucratif regroupant les fédérations sportives provinciales.

F) LISTE DES PRODUITS POUR ENFANTS RETIRÉS DU MARCHÉ

Concernant la liste des produits pour enfants retirés, il existe deux principales sources :

1) La revue « *Protègez-vous* » publié mensuellement par l'Office de la protection du consommateur (OPC) (téléphone : 1-888-672-2556). Cette revue est disponible dans les bibliothèques municipales ;

2) Le site internet de Santé Canada www.hc-sc.gc.ca/dhm/bsp/retrait produits_enfants.htm.

INDEX

INDEX

A) INDEX PAR OBJETS ET ÉQUIPEMENTS

A

Allume-barbecue · **180**
Allumettes · **181**
Appareils de jeu · **143**
Appuie-têtes · **68**
Armes à feu· **135**
Armoires pour les armes à feu · **135**
Avertisseurs de fumée · **96**
Avertisseurs de monoxyde de carbone · **106**

B

Bacs de rangement · **120**
Baignoires pour enfants · **126**
Ballons de latex · **119**
Barbecues · **180**
Barrières pour escalier · **90**
Boîtes à jouets · **120**
Bonbonnes de gaz · **180**
Boutons · **119**
Briquets "protège-enfant" · **181**

C

Café · **99**
Casques de protection pour le football · **174**
Casques de protection pour le patin à roues alignées · **151**
Casques de protection pour le vélo · **80**
Casques de protection pour le hockey · **174**
Casques de protection pour la motoneige · **167**
Casques de protection pour le VTT · **167**
Ceintures de sécurité · **66**
Chaises hautes · **120**
Chandelles · **181**
Chapeaux · **97**
Charbon activé · **110**
Chlore · **111**
Clôtures pour étangs ou bassins · **139**
Clôtures pour la piscine · **124**
Clôtures pour les chiens · **130**
Contenants isothermique avec couvercle · **99**
Contenants avec bouchon protège-enfants · **107**
Contenants d'origine · **110**
Cordes · **148**
Cordons de stores et de rideaux · **118**
Cordons de vêtements · **148**
Coudrières · **151**
Coussins gonflable · **67**
Crèmes solaire · **97**

E

Embarcations de plaisance · **161**
Eau chaude · **95**
Échelles · **139**
Étagères · **119**

F

Fanaux · **181**
Feux de foyer · **100**
Feux pour piétons · **75**
Foulards · **148**
Feux de camp · **182**

G

Gants · **151**
Genouillères · **151**
Gilets de sauvetage · **160**

L

Laisse pour les chiens · **130**
Lits d'enfants · **116**
Loquets pour les armoires · **108**

M

Machineries agricoles · **139**
Marchettes · **87, 88**
Motoneiges · **165**
Munitions · **135**

N

Napperons · **99**
Numéro de téléphone du Centre-Antipoison · **109**

P

Parcs pour enfants · **117**
Patins à roues alignées · **149**
Pièces de monnaie · **119**
Plantes · **111**
Planche à neige · **153**
Planche à roulettes · **149**
Portes à fermeture et à verrouillage automatiques · **124**
Poussettes · **120**
Poduits d'entretien pour la piscine · **111**
Poussettes · **120**
Protège-cou · **174**
Protecteur facial complet pour le hockey · **175**
Protège-dents intrabuccal · **176**
Protège-poignet · **151**
Protège-tibia · **172**

S

Sacs de plastique · **119**
Sièges d'appoint pour enfant · **66**
Sièges d'auto pour nouveau-né · **66**
Sièges pour passagers d'un tracteur · **139**
Sirop d'ipéca · **110**
Ski alpin · **153**
Ski de fond · **153**

T

Thé · **99**
Toboggans · **157**
Tracteur · **139**
Trotinnettes· **149**

V

Valves de régulation thermostatiques· **93**
Vélo · **81**
Véhicules hors route · **165**
Verrous pour gette d'armes à feu · **135**
Vêtements de flottaison individuels· **160**
Vêtements réfléchissants· **75**

B) INDEX PAR THÈMES

Blessures liées à la route

Occupants d'un véhicules à moteur.....p.63

Piétons.....p.70

Cyclistes.....p.78

Blessures liées au domicile

Chutes.....p.85

Brûlures.....p.92

Intoxications.....p.102

Étouffements et suffocations.....p.114

Noyades et quasi-noyades (baignoires, piscines, etc.).....p.122

Morsures d'animaux domestiques..... p.128

Armes à feu (blessures non intentionnelles) p.132

Blessures liées à la ferme..... p.137

Blessures liées à la pratique d'activités sportives et récréatives

Appareils de jeu..... .p.143

Patins à roues alignées et planche à roulette..... p.149

Ski et planche à neige..... p.153

Noyades et quasi-noyades en plan d'eau (lacs, rivières, etc.) ..p.158

Véhicules hors route (VTT et motoneige).....p.165

Activités sportives d'équipe..... p.171

Camping et activités de plein air.....p.179

C) INDEX PAR BLESSURES SELON LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

- 0-6 mois

Occupants d'un véhicule à moteur	p.66
Chutes d'un meuble ou d'un lit	p.91
Brûlures	p.99
Étouffements par des petits objets, de la nourriture ou des cordons	p.118
Noyades et quasi-noyades	p.126

- 7- 11 mois

Chutes/marchettes	p.87
Occupants d'un véhicules à moteur	p.66
Étouffements par des petits objets, de la nourriture ou des cordons	p.118
Noyades et quasi-noyades	p.126

- 12-23 mois

Chutes/marchetttes	p.87
Occupants d'un véhicules à moteur	p.66
Étouffements par des petits objets, de la nourriture ou des cordons	p.118
Intoxications	p.107
Noyades et quasi-noyades	p.126

- 2-4 ans

Occupants d'un véhicules à moteur	p.66
Accidents avec des appareils de jeu	p.145
Intoxications	p.107
Noyades et quasi-noyades	p.124
Étouffements par des petits objets, de la nourriture ou des cordons	p.118

- 5-9 ans

Appareils de jeu	p.145
Patins à roues alignées, planche à roulette et trottinette	p.151
Ski, planche à neige et autres équipements de glissage	p.155
Noyades et quasi-noyades en plan d'eau	p.160
Activités sportives d'équipe	p.174
Cyclistes	p.80
Piétons	p.76

- 10-14 ans

Patins à roues alignées, planche à roulette et trottinette	p.151
Ski, planche à neige et autres équipements de glissage	p.155
Noyades et quasi-noyades en plan d'eau	p.160
Activités sportives d'équipe	p.174
Cyclistes	p.80
Piétons	p.76
Véhicules hors route (VTT et motoneige)	p.167

DÉPLIANTS

Si vous retenez tout ça,

vous serez mieux protégé!

Pour en savoir plus long sur les dispositifs de retenue de votre voiture, adressez-vous à la Société de l'assurance automobile du Québec :

Québec :	(418) 643-7620
Montréal :	(514) 873-7620
Autres régions :	1 800 361-7620
Internet :	www.saaq.gouv.qc.ca

Version anglaise disponible sur demande.

English copy available upon request.



C-3229

Le coussin gonflable

Ça amortit bien les chocs!

Son action vient compléter celle de la ceinture de sécurité, surtout en cas de collision à vitesse élevée.

Il importe d'abord de savoir que les blessures qui peuvent résulter du déploiement du coussin gonflable sont généralement mineures, telles des écorchures ou des ecchymoses. Rien à voir avec les lésions importantes que le coussin permet d'éviter !

Par ailleurs, on peut faire en sorte de réduire les risques de blessures en maintenant une distance de 25 cm entre le couvercle du coussin et la personne, à la hauteur du sternum. Pour ce faire, on peut avoir à modifier sa position habituelle de conduite :



- en reculant son siège autant que nécessaire, tout en ayant facilement accès aux pédales de la voiture ;
- en inclinant légèrement le dossier de son siège vers l'arrière ;
- en rehaussant son siège, si un dispositif de la voiture le permet ou en utilisant un coussin antidérapant, si la nouvelle position de conduite a pour effet de réduire le champ de vision.

Remarque particulière concernant les nouveau-nés : **ne jamais placer** un bébé dans un siège pour nouveau-né sur la banquette avant si le véhicule est muni d'un coussin gonflable du côté du passager.
Pour de plus amples renseignements sur les sièges s'auto pour enfants, lisez le dépliant « Un siège d'auto pour enfants mal installé... Danger ! » disponible à la Société.



Sur la route

Et si votre vie ne tenait qu'à *ça* ?

Québec
Société de l'assurance automobile du Québec

Ça fait réfléchir...

Bien utilisés, ceinture de sécurité, appui-tête et coussin gonflable peuvent vous sauver la vie.



- Chaque année, au Québec, on dénombre 30 000 accidents de la route, soit près de 100 par jour. Les collisions routières font plus de 47 000 blessés, graves ou légers, et près de 800 morts.
- La ceinture de sécurité réduit de moitié les risques d'être tué ou d'être blessé gravement lors d'un accident.
- L'usage combiné de la ceinture de sécurité et du coussin gonflable diminue de 75 % les possibilités de blessures majeures à la tête en cas de collision.
- Lorsqu'une voiture heurte un obstacle à une vitesse de 50 km/h, la pression qui s'exerce sur les corps en mouvement en multiplie le poids par 35. Autrement dit, une personne pesant 70 kg devient un boulet de 2450 kilos propulsé contre le volant, le pare-brise, le tableau de bord ou un autre passager!
- Dans les mêmes circonstances, si le véhicule roule à 90 km/h, l'impact de la collision est le même que si la voiture avait fait une chute du haut d'un bâtiment de dix étages!
- Lors d'un impact arrière, latéral ou frontal, un appui-tête correctement ajusté à l'occupant du véhicule diminue de plus du quart ses risques de subir une entorse cervicale due au choc.

La ceinture de sécurité

Ça vous retient bien en place!

Au Québec, neuf personnes sur dix ont maintenant le réflexe de boucler leur ceinture de sécurité sur la banquette avant. Ça ne suffit pas!

Des personnes croient à tort que si elles circulent à basse vitesse ou pour de courtes distances, elles ne courent aucun danger. FAUX! **Plus de la moitié des accidents surviennent à proximité du domicile et à moins de 50 km/h.**

Selon quelle logique, peut-on encore aujourd'hui rouler sans être attaché alors que l'efficacité de la ceinture comme **mesure de protection** ne fait plus de doute et que la **loi nous y oblige**?

Concernant le passager qui prend place sur la **banquette arrière**, il est tout aussi inexact de croire qu'en cas d'accident celui-ci se trouve protégé par le siège avant : au moment de l'accident, les occupants du véhicule peuvent être projetés dans tous les sens, selon le point d'impact.

D'après un autre mythe, celui-là répandu parmi les **femmes enceintes**, la ceinture de sécurité pourrait contribuer à l'écrasement du fœtus, à une rupture de l'utérus ou à un décollement du placenta en cas d'accident ou d'arrêt brusque. En réalité, ce sont les mères qui ne portent pas la ceinture qui exposent leur enfant aux risques les plus importants.



De fait, il est prouvé que dans la presque totalité des accidents de la route impliquant une future mère, c'est la mort de celle-ci qui entraîne le décès du fœtus et non la pression exercée par la ceinture. **L'unique façon de protéger le fœtus** au moment d'une collision est donc de protéger la vie de celle qui le porte.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le Code de la sécurité routière oblige les femmes enceintes à porter leur ceinture de sécurité et que **l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec** leur recommande de toujours porter la ceinture. Pour bien protéger la femme et son enfant, la ceinture doit cependant être correctement ajustée :

- la **ceinture sous-abdominale** doit toujours reposer sur l'os du bassin, c'est-à-dire le plus près possible du pubis, et non pas sur l'abdomen ;
- le **baudrier** se porte comme d'habitude ;
- la **tension** de la ceinture ne doit laisser aucun jeu.

Il est recommandé à la femme enceinte de consulter un médecin à la moindre collision.

Et qu'en est-il de la ceinture **lorsqu'on roule en taxi**? Son efficacité ne change pas, bien sûr. Mais curieusement, on dirait qu'en tant que passager on a tendance à l'oublier. Or, il est important de savoir que :

- pour les enfants de moins de 5 ans, le port de la ceinture ou l'utilisation d'un siège d'auto est souhaitable mais non obligatoire dans un taxi ;
- les jeunes de 5 à 16 ans doivent boucler leur ceinture, précaution dont doit s'assurer le conducteur du taxi, car c'est à lui qu'incombent l'amende de 80 $ à 100 $ et la sanction de deux points d'inaptitude en cas de non-respect de la loi ;
- à compter de 16 ans, toute personne qui monte à bord d'un taxi est tenue de s'attacher et assume les pénalités encourues par sa négligence ;
- le conducteur du taxi, quant à lui, a l'obligation de porter sa ceinture de sécurité, dès qu'il circule sur une voie publique numérotée, notamment sur une autoroute; sur les autres routes, et dans l'exercice de son travail, le conducteur en est exempté.

L'appui-tête

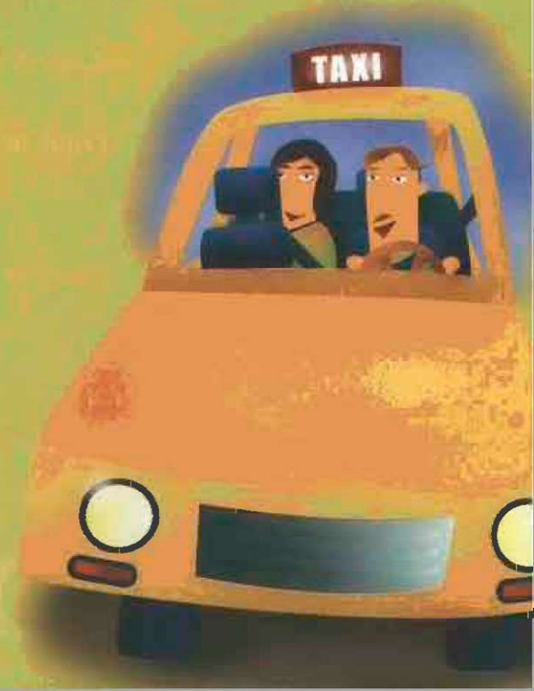
Ça protège bien la tête!

Attention, la principale utilité de cet équipement n'est pas simplement d'y poser la tête pour se détendre...

Chaque année, des milliers de Québécois subissent une entorse cervicale à la suite d'un accident d'automobile. À peine 10 % des automobilistes québécois ajustent convenablement leur appui-tête, alors que tous les autres le placent souvent trop bas, augmentant ainsi les risques de subir des blessures au cou en cas d'accident. La protection est maximale si :

- la distance entre l'appui-tête et la tête ne dépasse pas 10 cm ;
- la ligne horizontale au centre de l'appui-tête est située à la hauteur des yeux ou du bord supérieur des oreilles.

Alors, pour éviter les « mauvais cous », ajustez bien votre appui-tête.



What you should know about...

AIR BAGS



Transport Canada Transports Canada

Canada

The safety benefits of air bags

Air bags are safety devices that protect the head and upper body from injury in a collision. They prevent the driver's head from hitting the steering wheel and the front passenger's head from striking the dashboard.

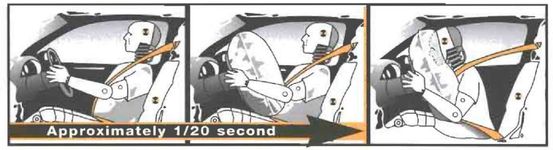
While air bags save many lives each year, they do not protect in all kinds of crashes. They deploy in frontal impacts only, and not in rear-end collisions, side impacts or roll-overs. They may also deploy in low-speed collisions–sometimes as low as 15 kilometres per hour.

Seat belts, on the other hand, protect the entire body and are effective in all types of collisions. In low and moderate-speed impacts, seat belts alone provide all the protection a person really needs.

Air bags are most effective in high-speed crashes, where they are often necessary to prevent serious injury. Together, seat belts and air bags offer good protection in most collisions, as long as the passenger compartment is not extensively crushed.

Air bags can cause injuries

Air bags cushion the head as it moves forward after an impact. However, they expand with explosive speed–more than 300 kilometres per hour–and they open faster than the blink of an eye. As a result, a deploying air bag can cause injuries. While most of these injuries consist of minor bruises and abrasions, some can be serious or even fatal.



People who sit close to the air bag module, usually because they are short, are at the highest risk of injury. Children are also extremely vulnerable because they are small. They should be properly belted, and those under the age of 12 should be seated in the back.

It is also very important to prevent children from sitting or standing close to the dash-board. Never install a rearward-facing infant restraint system in a seat equipped with an air bag because, if the air bag deploys, the infant restraint system will be propelled into the back of the seat.

How to maximize the protection afforded by air bags

General Guidelines

- Always wear your seat belt.
- Adjust the seat belt properly. Place the lap belt as low as possible over the hips–not over the abdomen. Ensure the shoulder belt lies on the chest and over the shoulder. Do not leave any slack in the belt.
- Adjust the vehicle's front seats as far to the rear as possible to give the air bags as much room as possible in which to inflate.



ALWAYS ***...wear your seat belt and ensure a good distance between yourself and the air bag.***

Guidelines for Children

- Children under the age of 12 should be seated in the back of the vehicle.
- Make sure the infant restraint system, the child restraint system or the booster cushion is appropriate to the child's height and weight.
- Always ensure that the restraint system is properly secured by the seat belt to the vehicle.
- Secure the child properly in the restraint system.
- Never install a rearward-facing infant restraint system in a seat equipped with an air bag.
- Never place the shoulder strap of a seat belt behind the child's back or under the arm.



ALWAYS ***...place children in the back seat properly restrained.***



NEVER ***...place a rear-facing infant carrier in a front passenger seat equipped with an air bag.***



NEVER ***...allow a child to ride with the shoulder belt placed under the arm.***

Questions

If you have any questions about air bags or any other issue related to motor vehicle safety, we are here to help. Please telephone Transport Canada's Road Safety Information Centre at 1-800-333-0371 (toll free in Canada). In the Ottawa region, call (613) 998-8616.

Specific information about child restraint systems and how to use them properly is provided in the pamphlet "Keep Them Safe", which can be obtained by telephoning one of the above numbers.

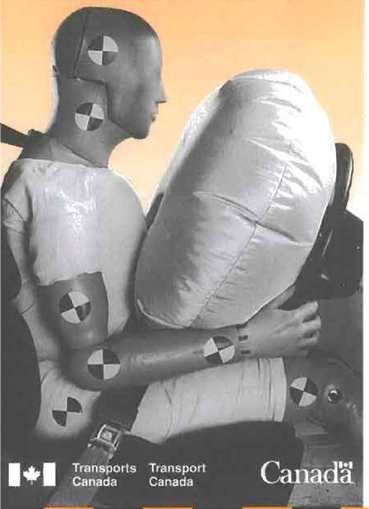
Transport Canada
Road Safety Directorate
344 Slater Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N5

http://www.tc.gc.ca/

TP12843

Ce que vous devez savoir au sujet des . . .

SACS GONFLABLES



Transports Canada Transport Canada

Canada

Les avantages des sacs gonflables en matière de sécurité

Les sacs (ou coussins) gonflables sont des dispositifs de sécurité conçus pour protéger des blessures à la tête et à la partie supérieure du corps lors d'une collision. Ils empêchent la tête du conducteur de heurter le volant et la tête du passager avant d'aller percuter le tableau de bord.

Bien que les sacs gonflables sauvent chaque année bon nombre de vies, ils n'assurent pas de protection dans tous les genres de collisions. Ils se gonflent uniquement lors de collisions frontales, et non lors de collisions arrière, de collisions latérales ou de capotages. Ils peuvent également se déployer à faible vitesse–quelquefois aussi peu élevée que 15 kilomètres à l'heure.

Par contre, les ceintures de sécurité protègent le corps tout entier et sont efficaces dans tous les genres de collisions. À faible vitesse et à vitesse modérée, les ceintures de sécurité utilisées seules assurent toute la protection requise.

Les sacs gonflables sont le plus efficace lors de collisions à vitesse élevée, alors qu'ils sont souvent nécessaires pour prévenir les blessures sérieuses. Utilisés ensemble, les ceintures de sécurité et les sacs gonflables offrent une bonne protection dans la plupart des collisions, à condition que l'habitacle du véhicule ne soit pas littéralement écrasé.



Les sacs gonflables peuvent causer des blessures

Les sacs gonflables protègent la tête lorsqu'elle se déplace vers l'avant après l'impact. Toutefois, ils se gonflent à une très grande vitesse–plus de 300 kilomètres à l'heure–plus vite qu'un clignotement des yeux. Un sac gonflable qui se déploie peut donc causer des blessures. Bien que la plupart de ces blessures soient mineures, soit des contusions et des écorchures, certaines peuvent être graves voire même mortelles.

Les personnes qui sont assises près du sac gonflable, en général parce qu'elles sont petites, sont les plus susceptibles d'être blessées par celui-ci. Les enfants sont aussi extrêmement vulnérables en raison de leur petite taille. Ils doivent être correctement retenus et, s'ils ont moins de 12 ans, ils doivent être assis sur la banquette arrière.

Il est très important d'empêcher les enfants de s'asseoir ou de se tenir debout près du tableau de bord. N'installez jamais un dispositif de retenue d'enfant orienté vers l'arrière sur un siège ou une banquette doté d'un sac gonflable, car si ce dernier se déploie, le dispositif sera projeté dans le dossier du siège ou de la banquette.

Comment maximiser la protection offerte par les sacs gonflables

Lignes directrices générales :

- Portez toujours votre ceinture de sécurité.
- Ajustez convenablement votre ceinture de sécurité. Placez la ceinture sous-abdominale aussi bas que possible sur les hanches–non sur l'abdomen. Assurez-vous que le baudrier passe sur la poitrine et par-dessus l'épaule. Veillez à ce que la ceinture n'ait aucun jeu.
- Reculez les sièges ou la banquette avant du véhicule le plus loin possible vers l'arrière, de façon à laisser aux sacs autant d'espace que possible pour se gonfler.



TOUJOURS ***...porter votre ceinture de sécurité et laisser un espace suffisant entre vous et le sac gonflable.***

Lignes directrices pour les enfants :

- Les enfants de moins de 12 ans doivent être assis à l'arrière du véhicule.
- Assurez-vous que le porte-bébé, le dispositif de retenue d'enfant ou le coussin d'appoint soit adapté à la taille et au poids de l'enfant.
- Assurez-vous toujours que le dispositif de retenue soit bien maintenu en place par la ceinture de sécurité du véhicule.
- Placez l'enfant correctement dans le dispositif de retenue.
- N'installez jamais un dispositif de retenue orienté vers l'arrière sur un siège ou une banquette doté d'un sac gonflable.
- Ne placez jamais le baudrier d'une ceinture de sécurité derrière le dos de l'enfant ou sous son bras.



TOUJOURS ***...placer les enfants sur la banquette arrière bien installés dans un dispositif de retenue.***



NE JAMAIS ***...installer un porte-bébé orienté vers l'arrière sur un siège ou une banquette avant doté d'un sac gonflable.***



NE JAMAIS ***...permettre à un enfant de voyager avec le baudrier sous son bras.***

Questions

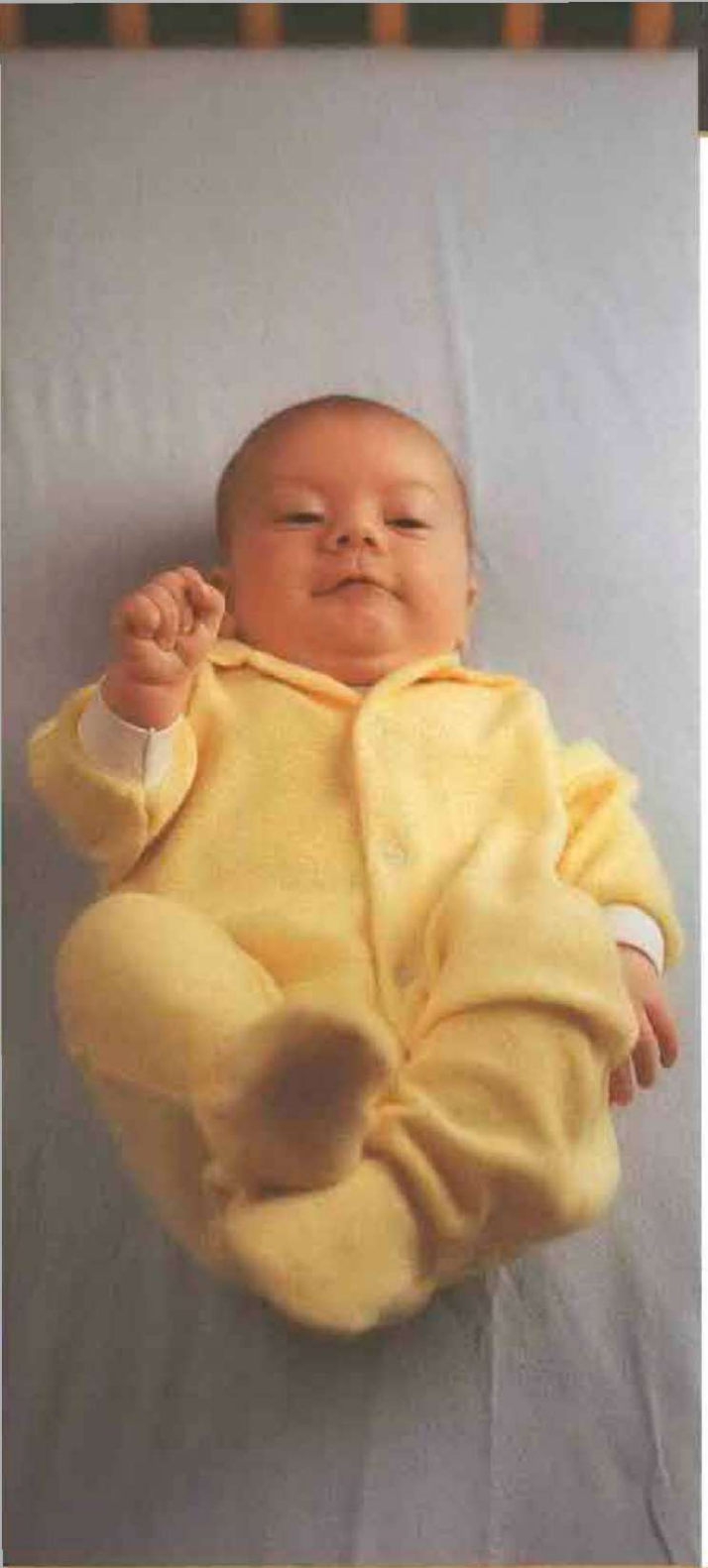
Si vous avez des questions concernant les sacs gonflables ou toute autre question touchant la sécurité des véhicules automobiles, nous sommes là pour vous aider. Veuillez communiquer avec le Centre d'information de la Sécurité routière de Transports Canada au 1-800-333-0371, sans frais au Canada. Dans la région d'Ottawa, faites le (613) 998-8616.

Pour des renseignements précis sur les dispositifs de retenue d'enfant et la bonne façon de les utiliser, consultez notre brochure, «Prenez-en soin», que vous pouvez obtenir en composant les numéros apparaissant ci-dessus.

Transports Canada
Direction générale de la sécurité routière
344, rue Slater
Ottawa (Ontario)
K1A 0N5

http://www.tc.gc.ca/

TP12843



Tant que nous ne connaîtrons pas la ou les causes de la mort subite du nourrisson,

tout ce que les experts peuvent nous indiquer, c'est comment **réduire** le risque.

réduire le risque

Santé Canada
Health Canada

Société canadienne de pédiatrie

Institut canadien de la santé infantile

La fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile

Pour obtenir plus de renseignements sur la mort subite du nourrisson

composez le **1-800-363-7437** ou le

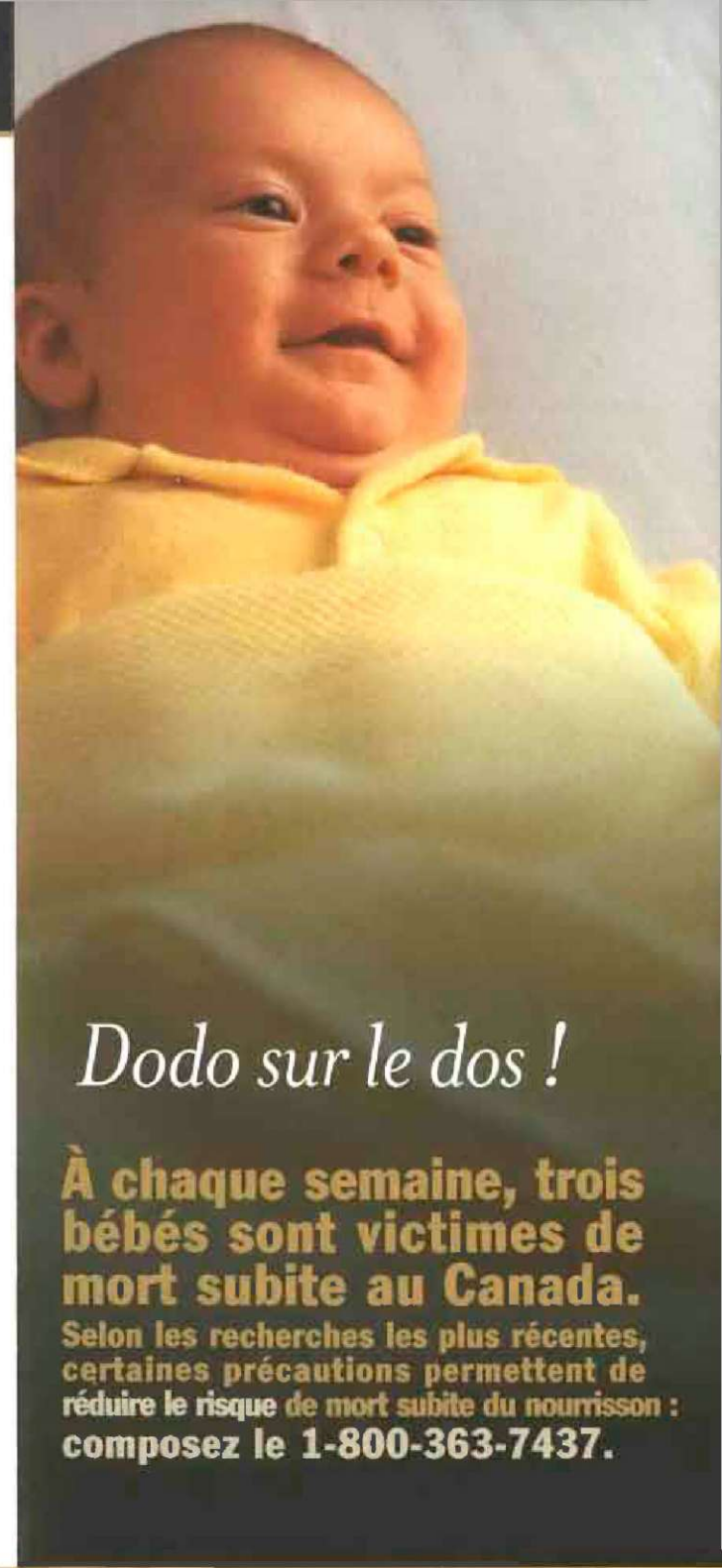
www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse

Pour commander des exemplaires additionnels, veuillez composer le (613) 954-5995

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé. *Santé Canada*

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999

N° de cat : H39-466/1-1999F ISBN : 0-662-83525-5



Dodo sur le dos !

À chaque semaine, trois bébés sont victimes de mort subite au Canada.

Selon les recherches les plus récentes, certaines précautions permettent de réduire le risque de mort subite du nourrisson : composez le 1-800-363-7437.



L'expression mort subite du nourrisson ou mort au berceau désigne le décès subit et imprévu d'un nourrisson de moins d'un an, apparemment en parfaite santé. Chaque semaine, trois bébés meurent de façon subite et inexplicable au Canada. Ces décès surviennent le plus souvent lorsque l'enfant dort et demeurent inexplicables, même après une enquête approfondie. Bien que personne ne sache comment prévenir la mort subite du nourrisson, les études les plus récentes montrent qu'il existe des moyens de protéger votre nourrisson.

Position de sommeil

La mort subite du nourrisson est moins fréquente chez les nourrissons qui dorment sur le dos

Couchez votre bébé sur le dos, sur une surface ferme et plate. Vous n'avez besoin d'aucun dispositif spécial. Le nourrisson ne court pas plus de risque de s'étouffer s'il dort sur le dos. Dans certains cas, cependant, l'état de santé de l'enfant peut exiger qu'il dorme sur le ventre. Discutez des besoins particuliers de votre bébé avec votre médecin.

Lorsque le bébé ne dort pas et qu'il est sous surveillance, il a besoin d'être sur le ventre pour de courtes périodes ; cela favorise son développement et évite la formation de zones plates sur la partie arrière de la tête.

Si votre bébé est capable de se retourner sur le ventre tout seul, il n'est pas nécessaire de le forcer à dormir sur le dos.

Évitez les matelas et oreillers mous, les douillettes, les jouets en peluche et les bordures de protection dans le lit de bébé, car ils peuvent gêner la circulation d'air autour de son visage. Les plastiques, comme l'emballage qui recouvre un matelas neuf, peuvent aussi nuire à la circulation d'air et vous devriez l'enlever pour réduire les risques de mort subite du nourrisson et de suffocation.

Dans certaines familles, le bébé partage le lit de ses parents, d'une sœur ou d'un frère, mais rien ne prouve que cela diminue le risque de mort subite du nourrisson. En fait, le bébé court un risque plus grand s'il dort avec un fumeur ou encore avec quelqu'un qui a consommé de l'alcool ou une autre drogue qui altère les réflexes. Le risque de la mort subite du nourrisson augmente si le bébé dort avec un fumeur.

Un milieu sans fumée et sans drogues

Offrez un milieu sans fumée et sans drogues à votre bébé, avant et après sa naissance.

Évitez de consommer des drogues telles que l'alcool, la marijuana, le crack, la cocaïne ou l'héroïne si vous êtes enceinte, prévoyez le devenir ou si vous allaitez.

Ne laissez personne fumer en présence de votre bébé ; c'est mieux pour sa santé et cela réduit le risque de mort subite du nourrisson.

Ni trop froid ni trop chaud...

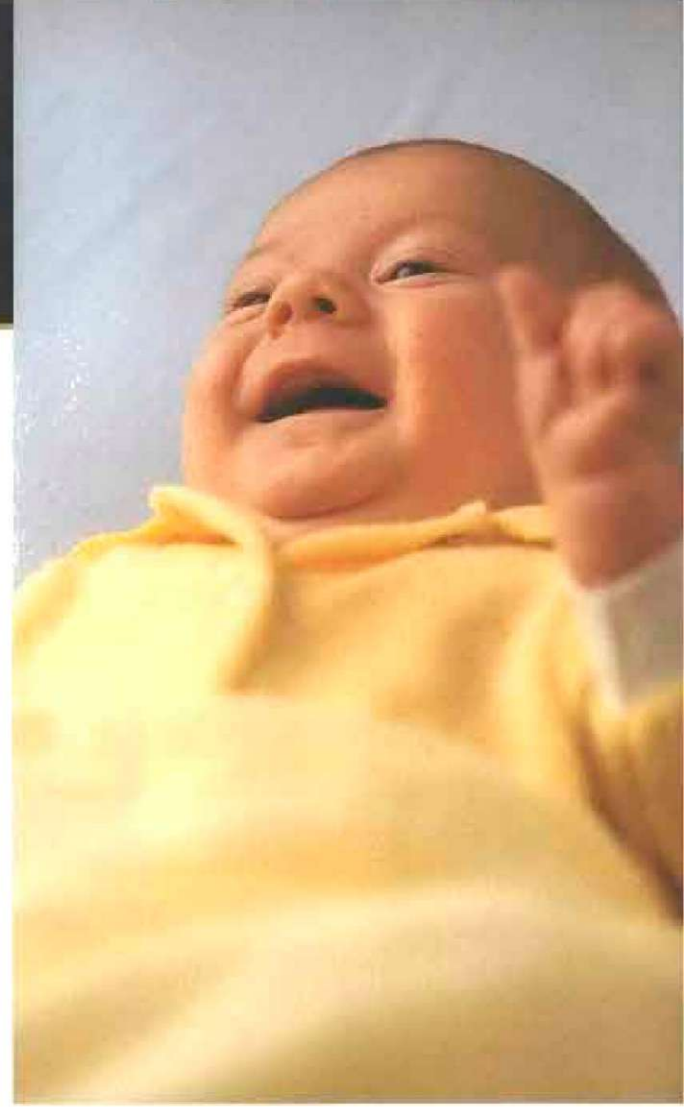
Votre bébé a besoin de chaleur, mais pas trop !

Si la température vous convient, elle lui conviendra aussi. Pour vérifier s'il a trop chaud, placez votre main sur sa nuque : vous ne devez pas y déceler de traces de sueur. Utilisez des couvertures légères que vous pouvez ajouter ou enlever selon la température de la pièce.

L'allaitement

L'allaitement est bon pour votre bébé.

En fait, c'est la meilleure façon de le nourrir. L'allaitement présente des avantages importants pour la santé du nourrisson et peut aider à le protéger contre la mort subite du nourrisson.



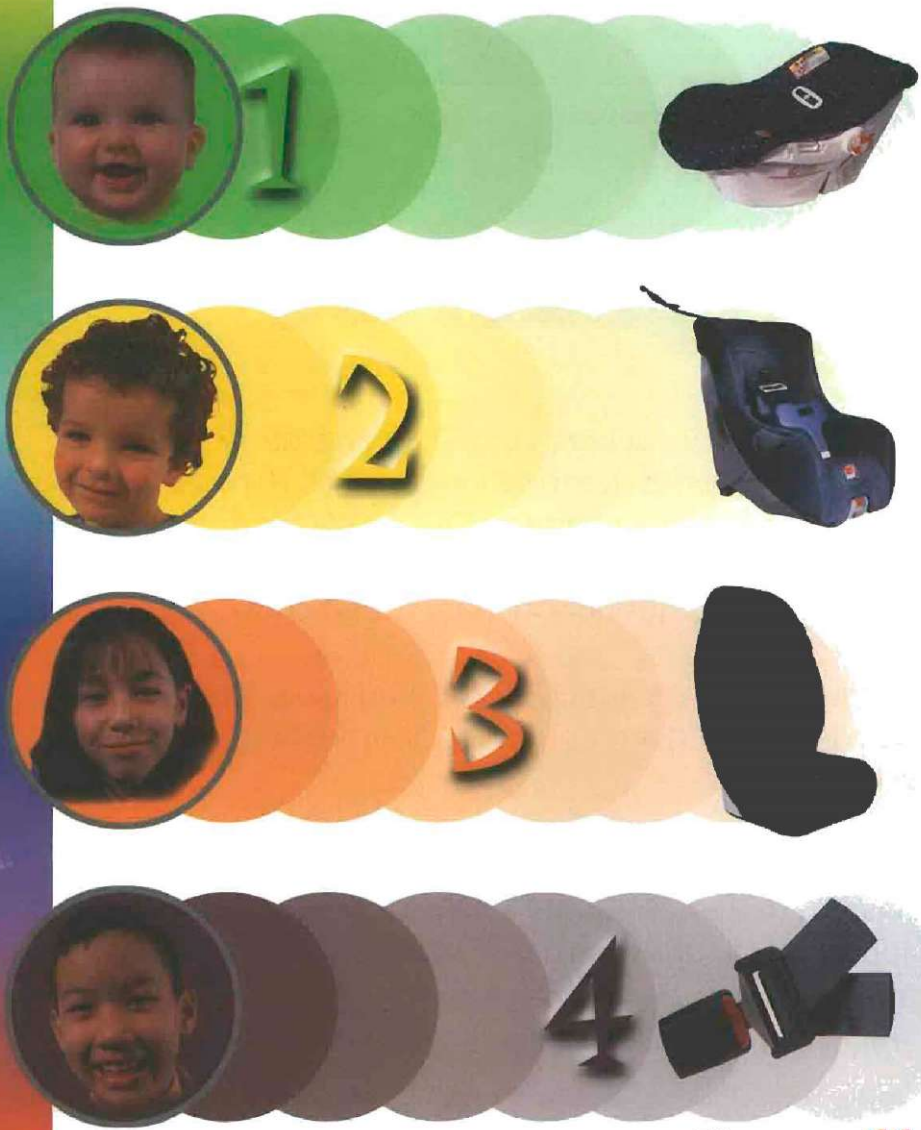
Il est vraiment important que les parents n'éprouvent aucun sentiment de culpabilité après la mort subite de leur nourrisson. Tant que nous ne connaîtrons pas la ou les causes de la mort subite du nourrisson, tout ce que les experts peuvent nous indiquer, c'est comment réduire le risque.

Pour obtenir plus de renseignements sur la mort subite du nourrisson composez le 1-800-363-7437 ou le www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse

Transports Canada Transport Canada

Protégeons nos enfants :

En voiture 1-2-3-4



TP 13511F

Canada

Table des matières

Phase 1 : **Siège de bébé orienté vers l'arrière** 2
de la naissance à environ un an

Phase 2 : **Siège d'enfant orienté vers l'avant** 4
10 - 18 kg (22 - 40 lb)

Phase 3 : **Siège d'appoint** 6
18 - 27 kg (40 - 60 lb)

Phase 4 : **Ceinture de sécurité**

Autres suggestions 10

Introduction

Chaque année, quelque 10 000 enfants de 12 ans et moins sont blessés, parfois mortellement, dans des accidents de la route au Canada. Des sondages démontrent qu'environ un tiers des enfants qui voyagent dans des véhicules motorisés ne sont pas retenus convenablement.

La seule façon de protéger les enfants lors de collisions de voitures ou d'arrêt soudain, c'est de les retenir convenablement.

Cette brochure vous informe des quatre phases de la sécurité des enfants à bord de véhicules motorisés, en vous donnant des instructions et des suggestions faciles à suivre afin que les déplacements « En voiture » soient vraiment sécuritaires pour les enfants.

Bienvenue dans la Zone des enfants

La « Zone des enfants » c'est le siège arrière de votre voiture, l'endroit le plus sécuritaire pour les enfants de 12 ans et moins. En les asseyant en arrière, vous les placez le plus loin possible du point d'impact lors d'une collision frontale et des sacs gonflables à l'avant.

Les statistiques démontrent que dans 25 % des cas, les enfants sont plus en sécurité sur le siège arrière. Si votre voiture n'a pas de siège arrière, consultez le guide de l'automobiliste, appelez votre fabricant ou communiquez avec Transports Canada pour savoir comment voyager avec des enfants de façon sécuritaire.

Rappelez-vous ! Attachez correctement les enfants à chaque déplacement, si court soit-il !

Veuillez garder cette brochure dans votre coffre à gants.

Communiquez avec nous pour en savoir davantage sur la vidéocassette d'accompagnement « En voiture 1-2-3-4 »



Phase 1 :
Siège de bébé orienté vers l'arrière

Quand

Utilisez un siège de bébé orienté vers l'arrière de la naissance à environ 1 an.

Jusqu'à ce que votre bébé ait atteint le poids et la taille recommandés par le fabricant, placez-le dans un siège de bébé orienté vers l'arrière. Ces sièges assurent la sécurité des bébé qui pèsent jusqu'à 10 kg (22lb). Si votre bébé dépasse ce poids, placez-le dans un siège de bébé ou d'enfant conçu pour les enfants plus lourds et qui soit tourné vers l'arrière du véhicule.

Pourquoi

La tête des bébés est lourde par rapport au reste de leur corps et les muscles de leur cou ne peuvent la supporter complètement. Un siège de bébé soutient la tête de l'enfant pour la protéger contre un arrêt soudain ou dans les courbes. Les sièges de bébé sont orientés « vers l'arrière » car en cas de collision, le dos du siège absorbera la force de l'impact.



Instructions

Installez bien votre bébé dans son siège, et assurez-vous que les sangles du harnais sont bien serrées.

En utilisant la ceinture de sécurité de la voiture, bouclez le siège orienté vers l'arrière sur la banquette arrière de la voiture, la « Zone des enfants ».

Vérifiez deux fois la ceinture de sécurité pour vous assurer qu'elle est bien installée et bien serrée.

Suggestions

- Si votre bébé a besoin d'attention, trouvez un lieu sûr et arrêtez-vous!
- Ne roulez jamais en voiture avec un bébé ou un jeune enfant dans vos bras ou sur vos genoux.
- Ne placez pas un siège de bébé sur un siège muni d'un sac gonflable car des blessures graves ou mortelles pourraient en résulter si le sac se déployait.



Phase 2 :
Siège d'enfant orienté vers l'avant

Quand

Utilisez un siège d'enfant orienté vers l'avant, de 10 à 18 kg (22 à 40 lb), généralement à partir d'un an à quatre ans et demi.

Certains sièges d'enfant peuvent être utilisés plus longtemps, soit jusqu'à ce que l'enfant pèse 22 kg (40 lb). Suivez les directives mentionnées dans le manuel d'instructions et sur l'étiquette apposée sur le siège.

Pourquoi



Un siège d'enfant orienté vers l'avant qui est bien installé sera sécuritaire et efficace parce qu'il est retenu à trois endroits différents à un système d'attache. Le harnais du siège absorbe le mouvement de l'enfant vers l'avant au moment de l'impact. La base du siège est retenue en place par la ceinture de sécurité de la voiture. Enfin, le dessus du siège d'enfant est solidement attaché à la voiture par la courroie d'ancrage.

Instructions

Installez le siège orienté vers l'avant sur la banquette arrière de la voiture, la « Zone des enfants ». Insérer la ceinture de sécurité derrière le siège en passant celle-ci dans l'ouverture d'un côté à l'autre, de façon à ce qu'elle soit bien serrée.

Trouvez le boulon d'ancrage (sur la tablette derrière le siège, sur le plancher ou sur le châssis de la voiture). Attachez la courroie d'ancrage et assurez-vous qu'elle est bien serrée.

Si votre véhicule ne possède pas de boulon d'ancrage pour la courroie, faites-en installer un, selon les instructions du fabricant de la voiture.

Installez bien votre enfant dans son siège et ajustez la courroie de l'épaule en vous assurant qu'elle est bien serrée.

Suggestions

- Utilisez la courroie d'ancrage!
- Lisez le manuel d'instructions qui accompagne le siège d'enfant. Gardez-le sous la main de façon à y référer, au fur et à mesure que votre enfant grandira.
- Évitez que votre enfant passe trop rapidement du siège d'enfant au siège d'appoint.



Phase 3 :
Siège d'appoint

Quand

Utilisez un siège d'appoint pour enfants de 18 à 27 kg (40 à 60 lb), généralement dès l'âge de quatre ans et demi à huit ans.

Les enfants sont prêts à utiliser un siège d'appoint seulement après avoir dépassé le poids et la taille maximum de leur siège d'enfant, mais pas avant! Vérifiez le manuel d'instructions du siège d'appoint pour plus d'information.

Pourquoi

Pour ce groupe d'âge, le siège d'appoint est la façon la plus sécuritaire d'ajuster correctement la ceinture de securité de l'enfant. Une ceinture de sécurité mal ajustée risque de causer à l'enfant des blessures graves ou mortelles lors d'un arrêt soudain ou d'une collision.



Instructions

Placez le siège d'appoint sur le siège arrière du véhicule, la « Zone des enfants ».

En utilisant les ceintures de sécurité de la voiture, assurez-vous que votre enfant est bien attaché avec la ceinture sous-abdominale, ajustée à hauteur des hanches, et la ceinture-baudrier croisée sur la poitrine.

Suggestions

Un siège d'appoint inoccupé doit être retenu en place ou retiré du véhicule pour ne pas devenir un projectile dangereux en cas de collision ou d'arrêt soudain.

Ne placez jamais la ceinture-baudrier derrière l'enfant ou sous son bras! Cette pratique pourrait causer des blessures graves ou mortelles.

Éviter que votre enfant passe trop rapidement du siège d'appoint à la ceinture de sécurité!



Phase 4 :
Ceinture de sécurité

Quand

Utilisez le siège arrière et la ceinture de sécurité du véhicule (idéalement une ceinture-baudrier) à partir du moment où votre enfant pèse plus de 27 kg (60 lb), soit vers l'âge de huit ans.

À cette phase, les enfants sont maintenant prêts à utiliser les ceintures de sécurité du véhicule. Cependant, les enfants de 12 ans et moins doivent être assis à l'arrière, dans la « Zone des enfants ».

Pourquoi



Les ceintures combinées, sous-abdominales et les ceintures-baudriers, assurent une meilleure protection du haut et du bas du corps lors d'une collision ou d'un arrêt soudain. En faisant asseoir votre enfant à l'arrière, dans la « Zone des enfants », vous l'éloignez le plus possible d'un impact frontal ainsi que des sacs gonflables qui peuvent être dangereux pour les enfants de 12 ans et moins.

Instructions

Faites asseoir votre enfant dans la « Zone des enfants », le siège arrière de la voiture.

Placez la partie de la ceinture sous-abdominale bien serrée à hauteur des hanches, jamais sur l'estomac. Croisez la ceinture-baudrier sur sa poitrine.

Suggestions

La plupart des fabricants de voiture ont les pièces disponibles pour installer des ceintures-baudriers dans les véhicules qui n'en sont pas dotés. Adressez-vous au fabricant du véhicule.

Donnez le bon exemple! Assurez-vous que vous êtes bien attaché de même que tous les adultes qui sont dans la voiture.

Ne placez jamais la ceinture de sécurité derrière l'enfant ou sous son bras! Cette pratique pourrait causer des blessures graves ou mortelles.



En voiture : Autres suggestions

Règlements de sécurité

Tous les sièges de bébés, d'enfants et sièges d'appoint vendus au Canada, peu importe leur prix, doivent être conformes aux règlements de sécurité de Transports Canada. Ces règlements font en sorte que vos enfants sont protégés lors d'un arrêt soudain ou d'une collision. Ces règlements exigent aussi des matériaux sécuritaires, des manuels d'instructions et la marque nationale de sécurité apparaissant sur le siège comme l'illustration qui suit :



Défauts ayant trait à la sécurité

S'il y a un problème ou un défaut ayant trait à la sécurité concernant votre siège de bébé, d'enfant ou votre siège d'appoint, communiquez avec Transports Canada et remplissez un « Formulaire de plaintes relatives aux systèmes de retenue pour enfant ». Transports Canada examine les plaintes reçues sur ces formulaires.

Aide-mémoire lors de l'achat d'un siège



- Le siège est-il muni de la Marque nationale de sécurité? (voir page 10)
- Y a-t-il un manuel d'instructions?
- Le siège convient-il à la taille et au poids de votre enfant?



- La date d'expiration sur le siège correspond-elle aux besoins de votre enfant?
- Le siège peut-il être installé correctement dans votre voiture?
- Le harnais et les courroies d'ancrage sont-ils faciles à ajuster?



N'oubliez pas de remplir la carte d'enregistrement fournie avec votre siège afin que le manufacturier puisse communiquer avec vous en cas de rappel.

Sièges d'auto d'occasion

MISE EN GARDE : Acheter un siège d'occasion peut être hasardeux! Les sièges d'occasion ont souvent pas les pièces nécessaires ou les instructions requises. De plus, il est difficile de savoir s'il y a eu un rappel sur un siège d'occasion.

N'utilisez jamais un siège de plus de 10 ans, car les matériaux se détériorent avec le temps. N'achetez ou ne réutilisez jamais un siège qui a été dans une collision.

En voiture : Autres suggestions

Attaches intégrées

De nouveaux véhicules sur le marché sont actuellement munis d'un système de retenue intégré qui fixe la base des sièges de bébé et d'enfant. De plus, de nouveaux sièges de bébé et d'enfant sont fabriqués afin d'être compatibles avec ce système de retenue intégré.

Le nouveau siège de bébé et d'enfant peut également être utilisé avec les ceintures de sécurité de véhicules qui n'ont pas le système de retenue intégré.

Si vous avez un siège de bébé ou d'enfant qui requiert une ceinture de sécurité, vous pourrez vous en servir dans une voiture équipée du nouveau système de retenue. Pour obtenir d'autres renseignements, communiquez avec le fabricant du véhicule, du siège de bébé ou d'enfant, ou Transports Canada.

La courroie d'ancrage placée à la partie supérieur du siège doit être utilisée sur les sièges orientés vers l'avant, même si la base est bien attachée par le nouveau système de retenue ou par la ceinture du véhicule.



Sièges d'enfant intégrés

Si vous achetez un véhicule qui a un siège d'enfant intégré, consultez votre guide d'utilisation pour les limites d'âge et de poids.

Les ceintures de sécurité et les sièges d'enfant

Certains véhicules requièrent l'usage d'une attache spéciale avec la ceinture de sécurité afin de bien garder le siège de bébé ou d'enfant solidement en place. D'autres véhicules ont des options spéciales afin de simplifier l'installation d'un siège de bébé ou d'enfant. Consultez votre guide de l'automobiliste pour plus de renseignements.

Protégeons l'enfant à naître

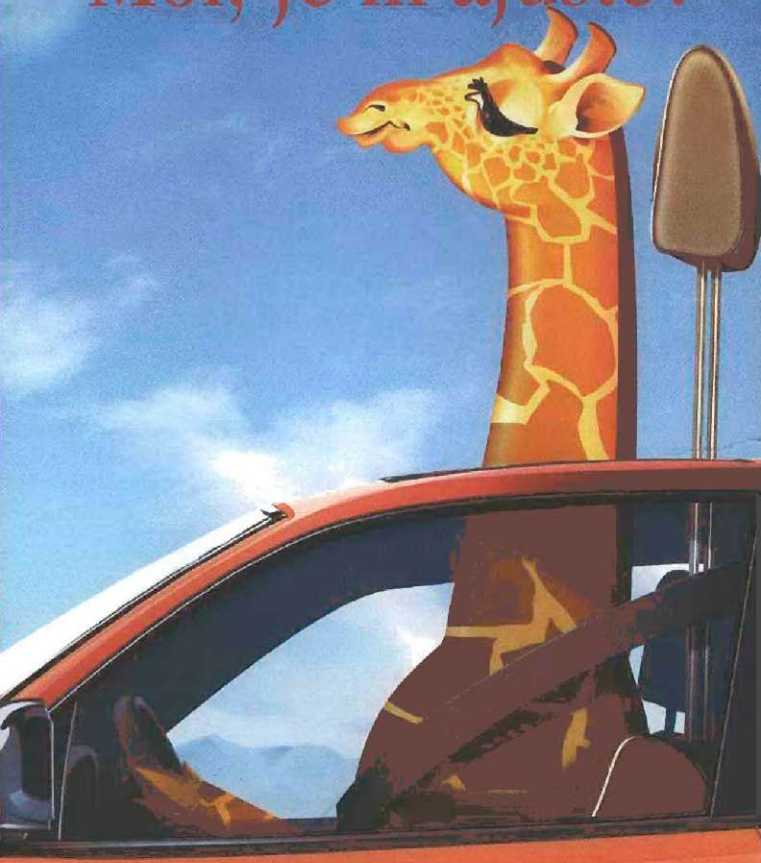
Lors d'une collision, la meilleure façon de protéger un enfant qui va naître, est d'en protéger la mère. Les femmes enceintes devraient toujours porter la ceinture sous-abdominale et la ceinture-baudrier en voiture. La ceinture sous-abdominale devrait être portée basse sur le bassin et non contre l'estomac. Elle devrait être assez serrée sans être inconfortable. Portée correctement, la ceinture de sécurité ne pourra nuire au bébé.



ISBN 0-662-84359-2
N° de catalogue T46-27/2000F
© Travaux publics et Services gouvernementaux, 2000

Pour éviter les mauvais cous...

Moi, je m'ajuste !



Chaque année au Québec, plus de 5 000 personnes subissent une entorse cervicale à la suite d'un accident d'automobile.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC

Avant tout, la vie



POUR ÉVITER LES MAUVAIS COUPS!

Rien ne sert d'avoir un appui-tête s'il est mal ajusté. Pour offrir une protection maximale, le milieu de l'appui-tête doit arriver à la hauteur des yeux ou du bord supérieur des oreilles. Il doit également être très près de la tête, soit à un maximum de 10 centimètres.

Si l'appui-tête est placé trop bas, à la hauteur de la nuque, il ne sera d'aucune utilité car, en cas de collision arrière, la tête sera projetée violemment vers l'arrière, pouvant ainsi entraîner une entorse cervicale.



POUR ÉVITER LES MAUVAIS COUS!

Bien que douloureuse, l'entorse cervicale n'est généralement pas grave, guérissant le plus souvent en quelques jours ou quelques semaines. Il est conseillé de reprendre rapidement ses activités: c'est le secret de la guérison.

C. 3158.1

La vitesse réduit l'adhérence du véhicule

Un automobiliste roulant à grande vitesse court plus de risques de perdre la maîtrise de son véhicule dans les courbes à cause de la force centrifuge.

C'est bien connu : à haute vitesse, le véhicule colle moins à la route et les risques de dérapage sont plus grands.

Ce qui se passe, c'est qu'au début du virage, les pneus s'écrasent, les ressorts fléchissent et la suspension du véhicule l'empêche d'être tiré vers l'extérieur de la route. Si la vitesse est trop grande, la force centrifuge devient plus grande que la force de friction des pneus et le véhicule dérape ou se renverse.



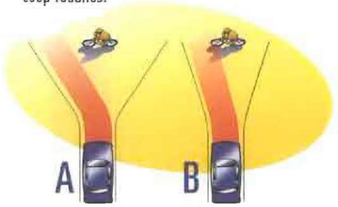
La vitesse diminue le champ de vision

Un conducteur immobilisé ou roulant à vitesse très faible possède normalement un champ visuel de 180°. À 100 km/h, le champ visuel est réduit de moitié, et ce, parce que le cerveau humain ne peut traiter qu'un nombre limité d'informations à la fois. Or, plus la vitesse du véhicule est élevée, plus le cerveau reçoit d'informations. Il est donc forcé d'éliminer plusieurs données périphériques, dont certaines peuvent avoir une importance capitale. C'est ainsi qu'un automobiliste roulant à vive allure ne pourra pas toujours apercevoir l'enfant qui s'apprête à traverser la rue ou l'automobile qui surgit à une intersection.

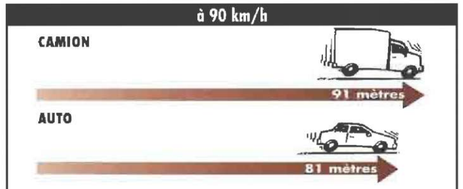


La vitesse rend impossibles certaines manoeuvres d'urgence

Un véhicule de promenade, et à plus forte raison un camion, ne peut instantanément s'arrêter sur place, ni faire un changement de direction à 90°. Or, quand la vitesse augmente, les trajectoires possibles pour éviter un obstacle, un cycliste par exemple, sont de beaucoup réduites.



La voiture A circule moins vite que la voiture B

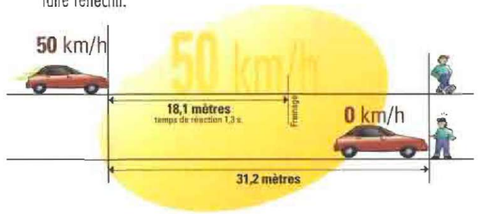


Comme ils sont longs, larges et lourds, les camions sont plus difficiles à manoeuvrer et plus lents à réagir que les automobiles. Pour freiner, par exemple, le camion a besoin de plus de temps et d'espace que l'automobile.

PLUS DE 90 % DES DÉCISIONS DU CONDUCTEUR SONT BASÉES SUR CE QU'IL VOIT.

10 KM/H de moins peuvent faire toute une différence

Si les éléments précédents ne vous ont pas convaincu de ralentir, voici un exemple concret des effets de la vitesse qui devrait vous faire réfléchir.



Un conducteur roulant à 50 km/h aperçoit un piéton... Il pourra réagir, freiner et s'arrêter à temps s'il en est éloigné d'au moins 31,2 mètres. Cela, avec un temps de réaction de 1,3 seconde, dans des conditions normales sur une chaussée sèche.

REPRENONS LE MÊME EXEMPLE, MAIS AVEC 10 KM/H DE PLUS



Si le piéton est toujours à 31,2 m lorsque l'automobiliste l'aperçoit en roulant alors à 60 km/h il freine, sa voiture ralentit mais, au moment du choc avec le piéton, il roule encore à 42 km/h.

À cette vitesse, le piéton sera presque certainement invalide pour le reste de ses jours et peut-être même mort.

10 km/h de moins et il rentrait chez lui indemne...

Quelques km/h de moins peuvent parfois faire la différence entre la vie et la mort.

Selon des études sérieuses, une diminution de 3 km/h de la vitesse moyenne de la circulation permettrait de réduire annuellement de 15 % le nombre de blessés et de décès.

Ralentir, ça sauve des vies



Pour tout renseignement,
composez sans frais
à Québec : 643-7620
à Montréal : 873-7620
ailleurs au Québec : 1 800 361-7620
Internet : www.saaq.gouv.qc.ca

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC

Avant tout, la vie

C3442

DES DONNÉES QUI PARLENT D'ELLES-MÊMES

- Seulement un conducteur de véhicules de promenade sur trois respecte la limite de vitesse.
- La vitesse est la 1re cause d'accident dans 23 % des accidents mortels, 19 % des accidents graves et 13 % des accidents légers. C'est la 2e plus importante cause d'accident, après l'alcool au volant.
- Chaque année, on déplore 200 décès et 6 000 blessés en raison de la vitesse.



DES ZONES À RISQUES



Zones de 50 km/h
le plus grand nombre d'accidents avec blessés légers et graves.



Zones de 90 km/h
le plus grand nombre d'accidents mortels.

Les zones de 50 km/h et de 90 km/h sont les plus à risques. Dans les zones de 50 km/h, ce sont surtout les conflits possibles avec les autres usagers de la route (piétons, cyclistes, etc.) qui accroissent les risques. Dans les zones de 90 km/h, c'est surtout la violence des chocs potentiels qui les rendent plus meurtrières.

LE RESPECT DES LIMITES DE VITESSE, CE N'EST PAS BANAL. C'EST PLUS QU'UNE AMENDE ET QUE QUELQUES POINTS D'INAPTITUDE QUI SONT EN JEUX.

DES LOIS IMPLACABLES





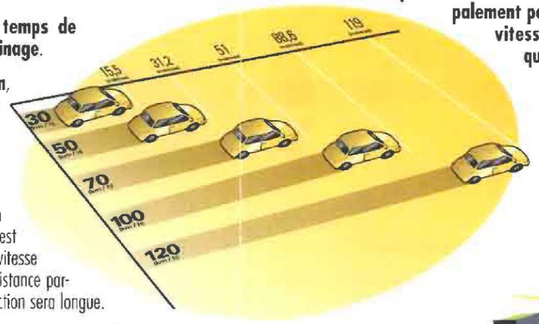
Il existe un mythe fort répandu qui dit qu'un bon conducteur, au volant d'un bon véhicule, peut se permettre de rouler plus vite sans augmenter ses risques d'accidents. Pourtant, même un excellent conducteur, avec un excellent véhicule, n'échappe pas aux lois de la physique. Quoi qu'on en dise, quand la vitesse augmente, la fréquence et la gravité des accidents augmentent.

La vitesse augmente la distance d'arrêt

Un automobiliste aperçoit un obstacle sur sa route: le temps de réagir, il appuiera le pied sur le frein et parcourra une certaine distance avant de s'immobiliser. C'est ce qu'on appelle la distance d'arrêt.

La distance d'arrêt dépend du **temps de réaction** et du **temps de freinage**.

Pendant le **temps de réaction**, c'est-à-dire le moment entre lequel le conducteur prend la décision de freiner et celui où il pose le pied sur la pédale, le véhicule parcourra une distance plus ou moins longue. En moyenne, le temps de réaction est d'environ 1,3 seconde. Plus la vitesse du véhicule est grande, plus la distance parcourue pendant ce temps de réaction sera longue.



Pendant le **temps de freinage**, le conducteur freine jusqu'à l'immobilisation de son véhicule. Plus la vitesse de départ du véhicule est élevée, plus la distance qu'il parcourra durant ce temps sera longue. L'usure des freins et des pneus, le poids du véhicule ainsi que le mauvais état de la chaussée sont tous des éléments qui peuvent aussi contribuer à augmenter la distance de freinage.

Il est intéressant de mentionner ici que, contrairement à la croyance populaire, les freins antiblocage (ABS) ne réduisent pas la distance d'arrêt. Sur une chaussée sèche ou mouillée, la distance de freinage de l'ABS est à peu près le même qu'avec les freins conventionnels. Par contre, sur le gravier, la neige fondante et la neige, la distance d'arrêt des freins ABS est plus longue que celle des freins conventionnels.

L'augmentation de la distance d'arrêt n'est pas linéaire. Comme on peut le constater, elle fait plus que doubler entre 30 et 50 km/h et elle fait presque tripler entre 50 et 100 km/h. C'est principalement pour cette raison que la vitesse augmente la fréquence des accidents.

La vitesse augmente la violence des chocs

En raison de l'augmentation de la violence des chocs, la vitesse augmente considérablement la gravité des blessures en cas d'accident. Ainsi, le risque d'être gravement blessé ou tué lors d'un impact double entre 50 et 70 km/h et quadruple entre 50 et 100 km/h.

Lors d'une collision, le véhicule décélère brusquement alors que les passagers sont projetés violemment vers le point d'impact. C'est l'énergie dégagée lors de l'impact qui provoque les blessures. L'énergie cinétique est égale à 1/2 fois la masse du véhicule multipliée par sa vitesse au carré **($Ec=1/2\ mv^2$)**. Comme l'exprime très bien cette équation, la violence du choc, ou l'énergie dégagée, est grandement influencée par le poids mais surtout par la vitesse du véhicule.



Pour donner une idée de l'importance d'un choc à 50 km/h, on peut dire qu'il équivaut à une chute dans le vide du haut d'un édifice de 3 étages; à 75 km/h, il équivaut à une chute d'un édifice de 7 étages et à 100 km/h, on le compare à une chute de 12 étages.

Le casque

Une protection indispensable



Lors de chutes, les cyclistes sont souvent victimes de blessures à la tête. En fait, celles-ci sont responsables d'environ 80 % des décès chez les cyclistes. C'est pourquoi le port d'un casque protecteur est si important. Son efficacité a été démontrée à maintes reprises. Portez-le chaque fois que vous roulez à bicyclette, même sur de courtes distances.

Lors de l'achat d'un casque, vérifiez s'il est approuvé par l'un des organismes suivants : ACNOR, ANSI, SNELL ou SEI. La présence d'un de ces logos garantit la qualité et la solidité du casque. De plus, assurez-vous que le casque est stable et qu'il couvre bien le dessus de la tête. Il ne doit ni ballotter ni tomber sur le front ou la nuque. Utilisez les coussinets de mousse vendus avec les casques, ils permettent un bon ajustement.

Le casque est bien ajusté lorsque les courroies avant et arrière se rejoignent et que la mentonnière n'est pas trop serrée.

Soyez brillant!

Le manque de visibilité du cycliste serait la cause d'un accident mortel sur cinq. Lorsque vous faites du vélo, portez des vêtements clairs et colorés. Vous serez ainsi plus visible, autant la nuit que le jour.



Les accessoires

Quelques accessoires recommandés

Le fanion «écarteur de danger» oblige l'automobiliste qui vous dépasse à laisser plus d'espace entre son véhicule et votre bicyclette.



Le panier et le porte-bagages vous permettront de garder les mains sur le guidon.

Ajustement du cadre, de la selle et du guidon



Les cadres trop grands nuisent à l'équilibre et sont la cause de nombreux accidents, surtout chez les enfants.

Pour vérifier si la hauteur du cadre est bonne, enfourchez le vélo au-dessus du tube horizontal et posez les deux pieds bien à plat sur le sol. La distance entre l'entre-jambes et le tube horizontal doit être d'au moins deux centimètres.

La selle doit être parallèle au sol. Elle est bien ajustée si la jambe est en complète extension quand le talon est posé sur la pédale et si elle permet une légère flexion du genou lorsque c'est le devant du pied qui est placé sur la pédale. Le guidon doit être fixé à la même hauteur que la selle ou légèrement plus bas.

Méfiez vous

Des grilles d'égout



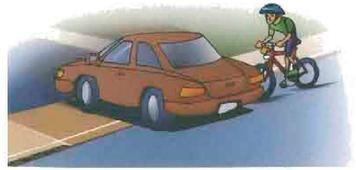
Votre roue avant risque de s'enfoncer brusquement dans les ouvertures.

Des portières d'automobiles



Elles sont le cauchemar des cyclistes urbains. Soyez vigilant et apprenez à prévoir leur ouverture à n'importe quel moment.

Des véhicules qui sortent d'une entrée privée



Des autobus

Ne les dépassez jamais par la droite et respectez les arrêts réglementaires en présence des autobus d'écoliers dont les feux intermittents fonctionnent.



Des espaces créés entre les voitures en stationnement

Pour être vu par les automobilistes, il faut rouler le plus possible en ligne droite, sans se glisser dans ces espaces.



Les services policiers recommandent

de faire buriner sur le cadre du vélo votre numéro de permis de conduire ou celui d'un de vos parents. Cela permet d'identifier rapidement une bicyclette volée.



Virages

Comment effectuer un virage à gauche

Pour virer à gauche, on recommande le virage en «L». Cette technique consiste à traverser l'intersection en deux étapes, ce qui est plus sécuritaire lorsqu'il y a beaucoup de circulation ou plusieurs voies à traverser.



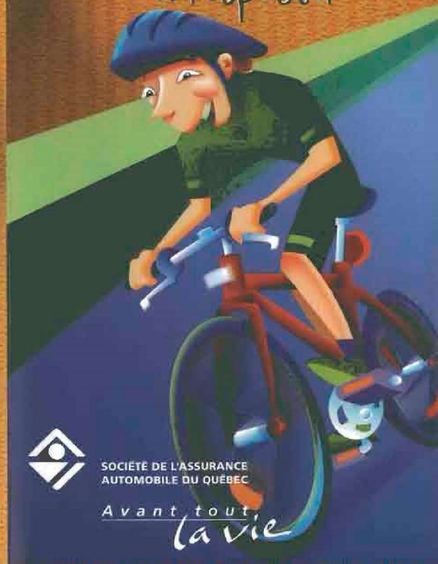
Vous pouvez aussi effectuer un virage de la façon suivante :



1. **Regardez par-dessus votre épaule pour voir si un véhicule vient vers vous et pour évaluer sa distance et sa vitesse.**
2. **Faites le signal du virage à gauche.**
3. **Assurez-vous que les automobilistes ont vu votre signal.**
4. **Déplacez-vous latéralement et venez occuper l'espace d'une voiture.**
5. **Tournez dès que vous pouvez le faire sans risques.**

À vélo comme en auto...

Il y a des règles à respecter



SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC

Avant tout, la vie

C-3231



Au Québec,

on utilise de plus en plus la bicyclette, que ce soit pour se garder en bonne forme physique, pour se rendre à l'école ou au travail, pour faire du tourisme ou simplement pour le plaisir de rouler. Hélas! Chaque année, près de 4 000 cyclistes sont impliqués dans un accident avec un véhicule. Une trentaine d'entre eux décéderont des suites de leurs blessures.

La bicyclette n'est pas un jouet; c'est un véhicule. Les cyclistes ont donc les mêmes droits et les mêmes obligations que les automobilistes. Comme l'absence de protection augmente leur vulnérabilité, rouler à bicyclette ne se fait pas sans risques; c'est pourquoi le Code de la sécurité routière prescrit des règles pour la conduite d'un vélo. Cependant, trop de cyclistes les ignorent ou omettent de s'y conformer. En effet, les études démontrent que l'automobiliste n'est pas en cause dans la majorité des accidents mais bien le cycliste.

La sécurité à bicyclette commence par le respect du Code de la sécurité routière et par l'adoption de comportements préventifs. Ouvrir l'œil, écouter, s'assurer d'être vu, prévoir les risques, c'est important!

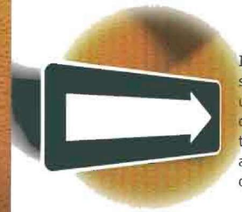
Ces petits riens qui font la différence

Rappelez-vous qu'un geste courtois incite à une réponse courtoise. Des petits gestes, ainsi répétés, mèneront éventuellement à un meilleur partage de la route.

Le Code de la sécurité routière oblige à :

Respecter la signalisation

En tant qu'usagers du réseau routier, les cyclistes sont soumis aux mêmes règles de la circulation que les véhicules motorisés.



Il est interdit de s'engager à l'envers sur une voie à sens unique car cette manoeuvre très dangereuse augmente les risques d'accidents.

Même si la voie est libre, le feu rouge et le panneau d'arrêt commandent une immobilisation complète de votre bicyclette. Il faut évidemment attendre que le feu passe au vert avant de repartir.





Ce panneau vous oblige à accorder la priorité de passage à tout véhicule circulant sur la voie dans laquelle vous voulez vous engager.



Rouler dans le sens de la circulation et à l'extrême droite de la chaussée

Les risques d'accidents sont beaucoup plus grands si vous roulez en sens inverse, particulièrement aux intersections quand il y a une manoeuvre de virage à faire.

Circuler à califourchon et tenir constamment le guidon

Rappelez-vous que la voie publique n'est pas un endroit approprié pour faire des acrobaties.

Signaler ses intentions

Tout cycliste doit signaler ses intentions sur une distance suffisante de façon à être bien vu par les automobilistes.

Voici le code gestuel obligatoire:



virage à gauche — *ralentissement ou arrêt* — *virage à droite*

Circuler à la file quand vous roulez en groupe



Un maximum de 15 cyclistes à la file est permis.

Emprunter la voie cyclable lorsque la chaussée en comporte

L'utilisation des voies cyclables constitue un moyen sûr d'éviter la circulation dense, particulièrement en milieu urbain. Vous réduisez ainsi grandement les risques d'accidents.

Munir sa bicyclette des équipements de visibilité obligatoires

De nombreux accidents sont dus au manque de visibilité des cyclistes. On estime que ce facteur intervient dans environ 20 % des accidents mortels. C'est pourquoi le Code prévoit que toute bicyclette doit être équipée de réflecteurs, ce qui permet au cycliste d'être mieux vu des automobilistes.

Le cycliste qui circule le soir ou la nuit doit ajouter à cet équipement de base un phare blanc à l'avant et un feu rouge à l'arrière.



Réflecteur jaune: roue avant

Réflecteur rouge: roue arrière

Le Code de la sécurité routière interdit de :

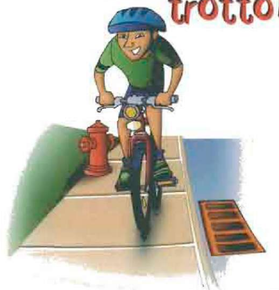
Circuler avec une bicyclette dont le système de freinage est en mauvais état

Transporter un passager à moins qu'un siège fixe soit prévu à cette fin



Circuler entre deux rangées de véhicules immobilisés ou en mouvement

Circuler sur un trottoir



Circuler avec un baladeur (walkman) ou des écouteurs

Modifier, remplacer ou enlever le numéro de série d'une bicyclette

Consommer des boissons alcoolisées en circulant

Rappelez-vous

qu'il est interdit aux moins de 12 ans de circuler sur les routes où la vitesse permise est supérieure à 50 km/h, à moins d'être accompagné d'un adulte ou d'utiliser une voie cyclable.

Des amendes

sont prévues pour les cyclistes qui contreviennent au Code, que ce soit au sujet de l'équipement, des obligations ou des intersections. Comme tout conducteur d'un véhicule routier, le cycliste est tenu de s'identifier à la demande d'un policier qui estime qu'une infraction a été commise.

La signalisation, l'amie du piéton

Afin d'assurer votre sécurité dans la circulation, vous devez respecter la signalisation et utiliser les aménagements spécialement conçus pour vous. Ainsi :

Utilisez toujours le trottoir qui borde la chaussée.

- S'il n'y a pas de trottoir, circulez en bordure de la rue, face aux voitures. Ainsi, vous pourrez voir venir les automobilistes.

Empruntez les passages réservés aux piétons.

- Aux intersections, les lignes blanches sur la chaussée vous indiquent où traverser. Entre les intersections, les passages pour piétons sont signalés par des bandes jaunes.

Fiez-vous avant tout aux feux de piétons :

- Une silhouette fixe : vous autorise à traverser la rue avec prudence. Mais avant de vous engager dans la rue, prenez vos précautions ; surveillez les véhicules qui effectuent un virage.
- Une main fixe : vous indique de ne pas traverser.
- Un signal clignotant (main ou silhouette) : vous indique de ne pas traverser. Cependant, si vous avez déjà commencé à traverser, poursuivez votre chemin car vous en avez le temps.

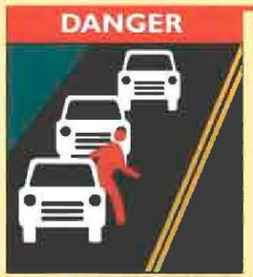


- **En l'absence de feux de piétons, conformez-vous aux feux de circulation.**
- **En l'absence de signalisation, regardez des deux côtés, plusieurs fois, avant de traverser la rue en ligne droite.**

Pour éviter l'accident fatal

Sachez donc reconnaître les situations dangereuses et réagir de façon sécuritaire.

Le piéton est un usager de la route particulièrement vulnérable. Lors d'un impact avec un véhicule, il n'est pas protégé.



Lorsque vous traversez entre deux véhicules.

Le conducteur ne peut pas vous voir puisque vous êtes caché par les autos. Cette mauvaise habitude pourrait bien vous coûter la vie. Traversez toujours aux intersections ou aux passages de piétons.



Lorsque vous circulez dans le même sens que la circulation.

Utilisez le trottoir. S'il n'y a pas de trottoir, marchez en bordure de la rue, face aux voitures. En soirée, portez des vêtements de couleurs claires.



Lorsque vous traversez une route entre les intersections.

S'il n'y a ni intersections, ni passages pour piétons, redoublez de prudence. Vérifiez de chaque côté de la rue et traversez en ligne droite.

Dans tous les cas, regardez bien à gauche et à droite avant de traverser.

Être visible, de jour et de nuit

Avant de traverser, assurez-vous toujours que le conducteur vous ait bien vu et qu'il va s'arrêter.

Plusieurs facteurs peuvent influencer la visibilité du conducteur :

- les rayons de soleil ;
- les phares d'une autre voiture ;
- un véhicule stationné ;
- la pluie et la neige.

Lorsque la lumière diminue, la perception de tous les usagers de la route est fortement réduite. C'est d'ailleurs à l'automne que l'on dénombre le plus de piétons victimes d'accidents. Pour votre sécurité, portez des vêtements de couleurs claires.

La solution idéale consiste à porter des vêtements ou des accessoires munis de bandes réfléchissantes pour vous faire voir de loin.

Que vous soyez piéton ou conducteur, certaines règles du Code de la sécurité routière vous concernent. Elles ont pour but premier de vous assurer des déplacements sécuritaires.

Ainsi, le piéton doit :

- respecter les feux de piétons et de circulation ;
- traverser aux intersections et aux passages pour piétons ;
- céder le passage aux véhicules lorsque vous traversez la rue et qu'il n'y a pas de passage pour piétons ou d'intersections à proximité ;
- circuler sur le trottoir qui borde la chaussée.

Le conducteur doit :

- céder le passage aux piétons qui traversent au feu vert ou à la silhouette de piéton ;
- céder le passage aux piétons après avoir effectué un arrêt ou en effectuant un virage ;
- céder le passage aux piétons en quittant une propriété privée ou en y accédant.

Respecter le Code,
un grand pas vers la sécurité routière.

Rappelez-vous que la courtoisie et le respect ont toujours leur place sur le réseau routier.

C-3315

La sécurité des piétons



Des habitudes à prendre... ou à désapprendre

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC
Avant tout, la vie

Des habitudes à prendre... ou à désapprendre

Saviez-vous qu'au Québec, chaque année, près de 4 000 piétons sont victimes d'un accident de la route, et que pour 100 d'entre eux, l'accident est fatal ?

Ce chiffre peut vous paraître peu élevé, mais dans les faits, les accidents impliquant les piétons se situent au second rang pour le nombre de victimes de la route. En moyenne, on estime qu'il y a une victime piéton à toutes les deux heures au Québec.

Les accidents mortels touchent particulièrement les jeunes de 5 à 9 ans et les personnes de plus de 55 ans.

Dans 70 % des cas, la distraction, l'inattention ou la négligence du piéton constituent les principales causes d'accidents.

Santé Canada Health Canada

Votre enfant est-il en sécurité?



La résidence familiale est un lieu où votre enfant est à l'abri du danger - ou du moins devrait l'être. Les enfants sont curieux et ne sont pas toujours en mesure de reconnaître et d'éviter les dangers; il faut donc leur accorder une protection et une attention particulières. Vous pouvez prévenir bien des brûlures, des empoisonnements et des chutes en surveillant attentivement vos enfants et en vous assurant que leur environnement est sécuritaire.

Canada

LES JOUETS

Les consommateurs canadiens dépensent chaque année environ 1,3 milliard de dollars en jouets. Il importe de savoir que malgré le niveau de sécurité d'un jouet, la surveillance des enfants, de même que l'utilisation et l'entretien adéquats des jouets font partie de nos responsabilités.

- *Ne choisissez que des jouets adaptés au groupe d'âge de l'enfant; lisez et suivez bien les instructions fournies dans l'emballage.*
- *Assurez-vous que vos jeunes enfants (moins de 3 ans) n'ont pas accès à des jouets comportant des petites pièces.*
- *Vérifiez les jouets régulièrement et jetez ceux qui pourraient avoir des bords tranchants et des pointes acérées.*
- *Gardez les jouets en peluche et en matière souple loin des cuisinières, poêles, foyers, radiateurs et autres sources de chaleur.*

Les coffres à jouets

- *Assurez-vous que les gros coffres à jouets ont suffisamment d'ouvertures pour assurer une aération adéquate au cas où l'enfant se faufilerait à l'intérieur.*
- *Choisissez un coffre dont le couvercle est léger et comporte de bonnes pentures rigides; des enfants ont perdu la vie après avoir subi des blessures au cou causées par la chute d'un couvercle trop lourd.*
- *Les coffres à jouets doivent être inspectés régulièrement pour s'assurer que les pentures sont solides.*





Les ballons décoratifs

Même si les ballons décoratifs ne sont pas des jouets, les enfants s'amusent avec eux. Il est dangereux pour un enfant de jouer avec un ballon éclaté ou dégonflé. Jetez tous les morceaux de ballons éclatés.

- *Gonflez toujours bien les ballons pour enfants et surveillez les enfants lorsqu'ils jouent avec un ballon.*

Les jouets à piles

- *Assurez-vous que les piles sont bien installées dans les jouets et non accessibles aux jeunes enfants.*
- *Il est dangereux d'utiliser en même temps des piles usagées avec des piles neuves, des piles alcalines avec des piles au carbone, ou des piles rechargeables avec des non rechargeables.*
- *Un enfant ne doit pas dormir avec un jouet à piles.*
- *Si un enfant avale une pile miniature, téléphonez immédiatement à votre médecin ou au Centre anti-poison.*

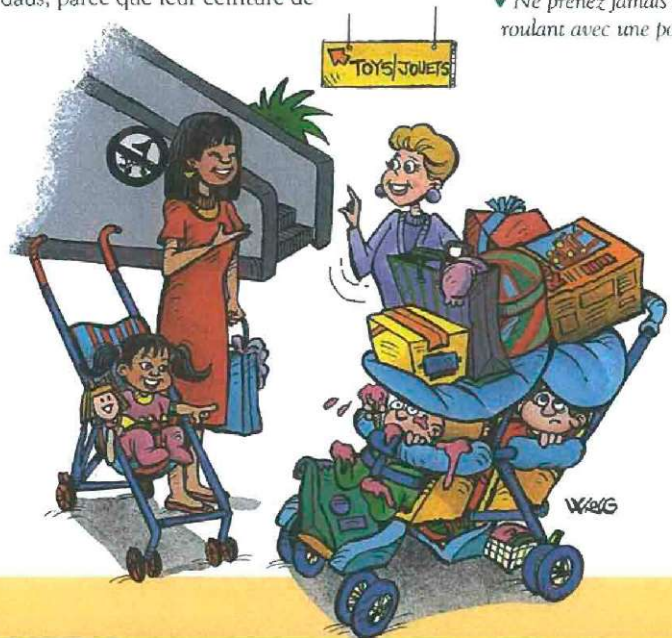
LES MARCHETTES

Les marchettes permettent aux bébés de se déplacer rapidement, mais elles les exposent aussi à des dangers cachés : l'enfant peut se frapper contre un meuble, tirer le fil d'un appareil électrique et basculer. Les chutes dans les escaliers sont la première cause de blessures à la tête chez les enfants de moins de deux ans. Il faut surveiller sans cesse un enfant qui se déplace en marchette. Si vous décidez de vous procurer une marchette, assurez-vous qu'elle satisfait entièrement aux normes de sécurité sur les marchettes de la *Canadian Juvenile Products Association*.

LES POUSSETTES

De nombreux enfants se blessent lors d'incidents impliquant des poussettes et des landaus, parce que leur ceinture de sécurité n'était pas bien attachée ou qu'ils avaient été laissés sans surveillance - rien qu'un instant!

- *Choisissez une poussette de construction solide recommandée pour la taille et le poids de votre enfant.*
- *Assurez-vous que la ceinture de sécurité est bien attachée au siège ou au cadre de la poussette. Le siège ne doit pas se détacher du cadre, même si vous tirez brusquement sur la ceinture.*
- *Utilisez toujours le système de retenue ou la ceinture de sécurité.*
- *Vérifiez les freins et assurez-vous que les roues sont solidement fixées.*
- *Avant de procéder au réglage de la poussette, assurez-vous que l'enfant ne risque pas de se coincer les mains ou les pieds.*
- *Ne transportez pas d'autres enfants, des objets ou des accessoires dans ou sur la poussette et suivez les instructions du fabricant.*
- *Ne prenez jamais l'escalier roulant avec une poussette.*





LITS D'ENFANTS

Les lits d'enfants fabriqués avant septembre 1986 ne sont pas conformes aux exigences de la réglementation et ne devraient jamais être utilisés (la date de fabrication apparaît sur le lit). Même s'il est illégal d'annoncer et de vendre ces lits, on en retrouve encore dans les ventes de garage, les marchés aux puces, au chalet ou chez des parents et amis. En ce qui concerne les produits neufs offerts en vente dans les magasins, ceux-ci sont conformes au règlement.

- *Un trou ou un creux peut se former dans les matelas mous ou usés par endroits, et le bébé pourrait suffoquer s'il s'y coinçait la tête. Le matelas doit être bien ajusté au contour du lit.*
- *Le matelas ne devrait pas mesurer plus de 15 cm d'épaisseur. Sa surface devrait être ferme. Il ne devrait pas y avoir plus de 3 cm d'espace entre le matelas et les côtés du lit. Prenez la mesure en poussant le matelas dans un des coins.*
- *Le système de support du matelas est conçu pour tenir le lit bien en place. Pour vérifier la sécurité du support, secouez le lit d'un côté à l'autre, frappez sur le dessus du matelas et poussez fort sur le support en dessous.*
- *Lorsque vous mettez votre bébé au lit, assurez-vous qu'une fois remontés, les côtés sont bien enclenchés.*
- *On ne doit jamais attacher un enfant de quelque façon que ce soit dans un lit, ni le laisser avec un collier, une bande élastique, un foulard, ou une sucette attachée à une longue corde avec laquelle il pourrait s'étrangler.*
- *Aussitôt que votre bébé se tient debout, baissez le support du matelas au niveau le plus bas et enlevez le contour coussiné de même que tout jouet qui pourrait aider votre enfant à grimper et entraîner une chute et possiblement des blessures.*
- *Placez le lit loin des rideaux ou des stores pour éviter que l'enfant n'enroule les cordons autour de son cou et s'étouffe.*
- *Pour plus de sécurité, ne mettez jamais un enfant de moins de deux ans dans un grand lit sans la surveillance d'un adulte. Ne mettez jamais un bébé sur un lit d'eau.*

LES CHAISES HAUTES

De nombreux enfants se blessent chaque année en tombant d'une chaise haute ou en se glissant sous le plateau. Dans la plupart des cas, les blessures peuvent être évitées si le système de retenue ou la ceinture est utilisé correctement et si on exerce une surveillance étroite.

- *Une chaise sécuritaire est stable et dotée d'une large base réduisant ainsi le risque que l'enfant ne bascule.*
- *Le système de retenue doit consister en une courroie qui se place entre les jambes de l'enfant et une ceinture abdominale facile à attacher.*
- *Installez et entretenez la chaise haute conformément aux recommandations du fabricant.*
- *Avant de régler la chaise ou le plateau, assurez-vous que l'enfant ne risque pas de se coincer les mains, les bras ou les jambes.*
- *Ne permettez jamais à un enfant de grimper sur la chaise.*
- *Éloignez la chaise des murs, portes, fenêtres, cordons de stores, miroirs, appareils électriques et autres meubles.*

LES TABLES À LANGER

Lorsque vous utilisez une table à langer, rappelez-vous que dès que vous relâchez votre surveillance pour aller chercher quelque chose, votre bébé peut bouger et tomber.

- ✖ *Une table à langer devrait être munie de courroies pour retenir l'enfant pendant que vous l'habillez.*
- ✖ *Si vous devez répondre à la porte ou au téléphone, ou vous déplacer, emmenez toujours l'enfant avec vous.*



LES SIÈGES D'AUTO

Dans toutes les provinces, la loi exige que les enfants soient bien attachés lorsqu'ils se déplacent dans un véhicule automobile. Assurez-vous qu'une étiquette est apposée sur le siège, attestant qu'il est conforme aux Normes de sécurité des véhicules automobiles du Canada appliquées par Transports Canada.

- *Veillez à ce que le siège soit installé dans la voiture selon les instructions du manufacturier.*
- *Assurez-vous que le siège est adapté à l'âge et au poids de l'enfant. Utilisez correctement les courroies et la ceinture du siège d'auto.*
- *La plupart des sièges d'auto fabriqués aux États-Unis ne sont pas conformes aux normes canadiennes et ne doivent pas être utilisés au Canada.*
- *Ne jamais installer un porte-bébé orienté vers l'arrière sur un siège passager avant doté d'un sac gonflable. Pour obtenir plus de renseignements sur les sacs gonflables, communiquez avec Transports Canada au numéro sans frais 1-800-333-0371, (région d'Ottawa : 998-8616).*
- *Pour de plus amples renseignements sur les sièges d'auto pour enfants, communiquez avec le bureau du Club automobile (CAA) – voir le numéro dans votre annuaire téléphonique.*

LES PORTE-BÉBÉS

Les porte-bébés peuvent être dangereux s'ils sont mal utilisés. Chaque année, des bébés se blessent parce qu'ils ont été laissés sans surveillance dans un porte-bébé.

- *Le siège doit être large et solide pour que l'enfant ne puisse pas basculer.*
- *Un porte-bébé n'est pas un siège d'auto et ne doit jamais être utilisé à cette fin.*

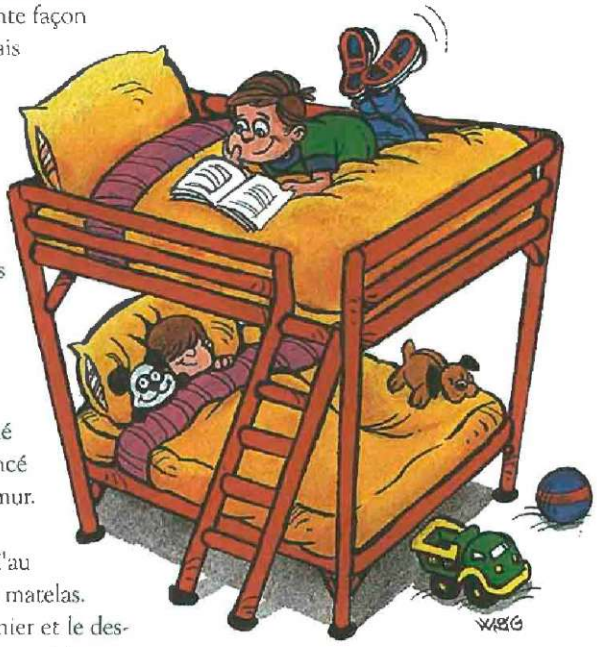


- *Fixez bien les courroies et les boucles chaque fois que vous utilisez le siège. Le bébé doit être confortable, sans pour autant être capable de se tourner dans son siège. Les courroies croisées doivent être placées assez bas pour ne pas toucher au cou de l'enfant s'il glisse dans son siège.*
- *On ne devrait jamais déposer le porte-bébé sur un lit d'adulte (surtout un lit d'eau) ou toute autre surface souple. Ne laissez jamais l'enfant seul dans le porte-bébé, même lorsqu'il semble être en sécurité.*

LES LITS SUPERPOSÉS

Naturellement, les lits superposés peuvent être une excellente façon d'économiser l'espace, mais ils peuvent également s'avérer dangereux! Au Canada, depuis 1985, des enfants qui avaient été placés dans le lit du haut ont perdu la vie. La plupart ont suffoqué après s'être retrouvés entre la garde et le matelas, le visage coincé contre ce dernier. Un enfant de deux ans est mort suffoqué parce qu'il était resté coincé entre le lit du haut et le mur. Le dessus de la garde supérieure doit dépasser d'au moins 13 cm le dessus du matelas. La distance entre le sommier et le dessous de la garde inférieure ne doit pas dépasser 9 cm. Le Bureau de la sécurité des produits a reçu des plaintes de parents qui ont remarqué que les soudures de certains lits superposés tubulaires en métal se fendillaient. Dans certains cas, les lits se sont même effondrés et des enfants ont été blessés.

- *Assurez-vous que le lit du haut est muni d'une garde de chaque côté.*
- *Les matelas des deux lits doivent être bien ajustés et il ne doit pas y avoir d'espace entre le matelas et les côtés du lit.*
- *Il ne faut jamais placer un enfant de moins de six ans dans le lit du haut.*



LES BARRIÈRES EXTENSIBLES

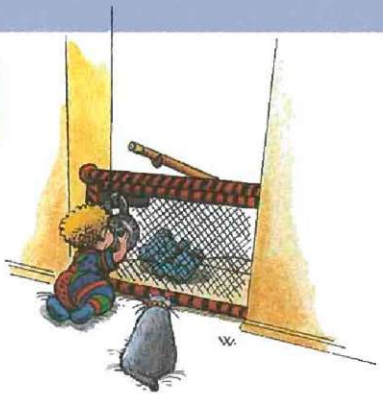
Certaines barrières extensibles fabriquées avant 1990 ne sont pas conformes au règlement de sécurité et ne doivent donc pas être utilisées. Ces barrières sont munies d'ouvertures en V au haut de la barrière ou bien de grandes ouvertures en forme de diamant sur les côtés.

- *Lorsque vous achetez une barrière extensible usagée, assurez-vous que l'enfant ne risque pas de se coincer la tête ou le cou dans une ouverture et que cette barrière est recommandée pour le groupe d'âge de votre enfant.*
- *Les barrières doivent être installées conformément aux instructions du fabricant.*
- *Assurez-vous de toujours ancrer la barrière fermement au cadre de la porte ou aux murs du passage.*



LES PARCS POUR ENFANTS

Lorsque vous achetez un parc usagé pour enfants, assurez-vous que les mailles du filet entourant le parc sont du type moustiquaire. Les boutons ou les agrafes d'un vêtement peuvent s'accrocher facilement si les mailles sont plus larges.



Les côtés doivent être stables et solides et il faut les vérifier régulièrement pour s'assurer qu'ils ne sont pas endommagés.

- *Prenez garde aux bords coupants et aux charnières qui pourraient pincer les doigts de l'enfant.*
- *Assurez-vous que les clenches sur les côtés sont bien fermées, après avoir monté le parc.*
- *Ne laissez jamais un bébé dans un parc tant que tous les côtés ne sont pas complètement montés, sinon l'enfant pourrait rouler dans l'espace entre le matelas et le filet et suffoquer.*
- *Ne mettez jamais des foulards, des colliers ou des cordons autour du cou de l'enfant ou dans le parc; ceux-ci pourraient s'accrocher accidentellement au parc et étrangler l'enfant.*
- *Assurez-vous que le vinyle recouvrant le rebord du parc et le matelas n'est pas déchiré. Un enfant risque de s'étouffer s'il en arrache de petits morceaux avec ses dents.*
- *Il faut enlever les jouets attachés en travers du parc lorsque l'enfant commence à se lever sur ses mains et ses genoux. Il faut aussi enlever les jouets sur lesquels l'enfant pourrait grimper pour sortir du parc.*

LES SUCETTES

La sucette peut vite devenir l'objet le plus précieux d'un enfant.

- *N'attachez jamais une sucette ou un autre objet autour du cou d'un enfant parce qu'il risquerait de s'étrangler.*
- *Si le bébé mordille la sucette, donnez-lui plutôt un anneau de dentition, sinon la sucette pourrait rester coincée dans sa gorge.*
- *Des changements de texture, des déchirures ou des trous peuvent apparaître avec le temps et après exposition à la chaleur, aux aliments et au soleil. On devrait remplacer les sucettes tous les deux mois plutôt que d'attendre l'apparition des signes de détérioration.*
- *Certains médicaments peuvent accélérer la détérioration de la sucette.*



- *Les parents devraient vêtir leurs enfants d'un pyjama plutôt que d'un T-shirt ou d'un autre vêtement qu'ils portent le jour, avant de les mettre au lit.*
- *On doit enlever les lacets de serrage ou cordons de vêtements qui peuvent s'enrouler autour du cou d'un enfant ou rester accrochés à un objet et causer un étranglement.*
- *Vérifiez régulièrement les piqués, les douillettes et les vêtements pour bébés afin de vous assurer qu'aucun fil n'est décousu. Les fils de nylon peuvent s'enrouler autour des doigts, des orteils ou du cou du bébé et le blesser.*

LES VÊTEMENTS POUR ENFANTS

Soyez prudent si votre enfant porte un pyjama ou une chemise de nuit ample que vous avez confectionné en coton ou d'un mélange de coton. Les tissus en coton, en acrylique et en acétate ou faits d'un mélange de ces fibres prennent feu et brûlent plus facilement que les tissus en polyester et nylon. Les vêtements ajustés sont plus sécuritaires que les vêtements amples ou ornés de volants.

LES SIÈGES SUSPENDUS

- *Assurez-vous que les sièges suspendus fixés au bord d'une table sont solides et bien accrochés.*
- *Le siège doit être muni d'une ceinture de sécurité ou d'un système de retenue facile à attacher.*
- *Les sièges suspendus ne sont pas conçus pour être accrochés à tous les types de tables.*
- *Lorsque vous accrochez le siège à la table, placez-le loin des pattes de la table.*

LES BRÛLURES

Chaque année au Canada, les brûlures entraînent des blessures graves et des pertes de vie. Habituellement, la curiosité des enfants est la principale source du problème. L'enfant s'approche d'un briquet, d'un carton d'allumettes ou encore d'une plinthe chauffante ou de l'élément brûlant d'une cuisinière.



Les brûlures causées par des liquides chauds :

- *Vérifiez la température de l'eau avant de mettre l'enfant dans la baignoire ou sous la douche. Commencez toujours par faire couler l'eau froide, puis l'eau chaude.*
- *Les enfants ne doivent pas s'amuser avec un robinet d'eau chaude.*
- *Évitez de transporter ou de tenir un enfant en buvant une boisson chaude.*

Les brûlures causées par les appareils électroménagers :

- *Placez les poignées des casseroles vers l'intérieur de la cuisinière.*
- *Placez les cordons des appareils électriques tels que les friteuses, bouilloires, fers à repasser et grille-pain hors de la portée des enfants.*
- *Surveillez les enfants qui peuvent avoir accès à l'ampoule allumée d'une lampe*
- *Rangez les articles qui intéressent les enfants, par exemple les biscuits, hors de la zone immédiate de la cuisinière.*
- *Tenez les enfants à l'écart des plinthes chauffantes et des radiateurs portatifs.*

Les briquets et les allumettes :

- *Rangez les briquets et les allumettes hors de la vue et de la portée des enfants.*
- *Installez et entretenez les détecteurs de fumée.*
- *Pour de plus amples renseignements sur la prévention des incendies, communiquez avec votre service local des incendies.*

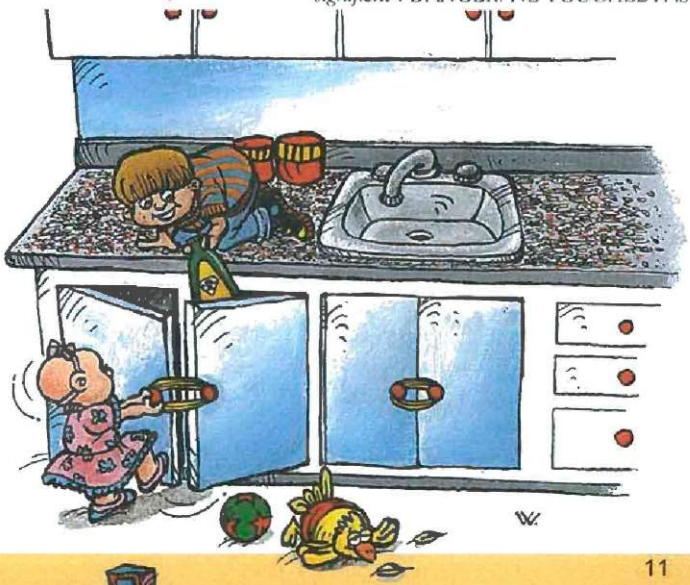
Les barbecues :

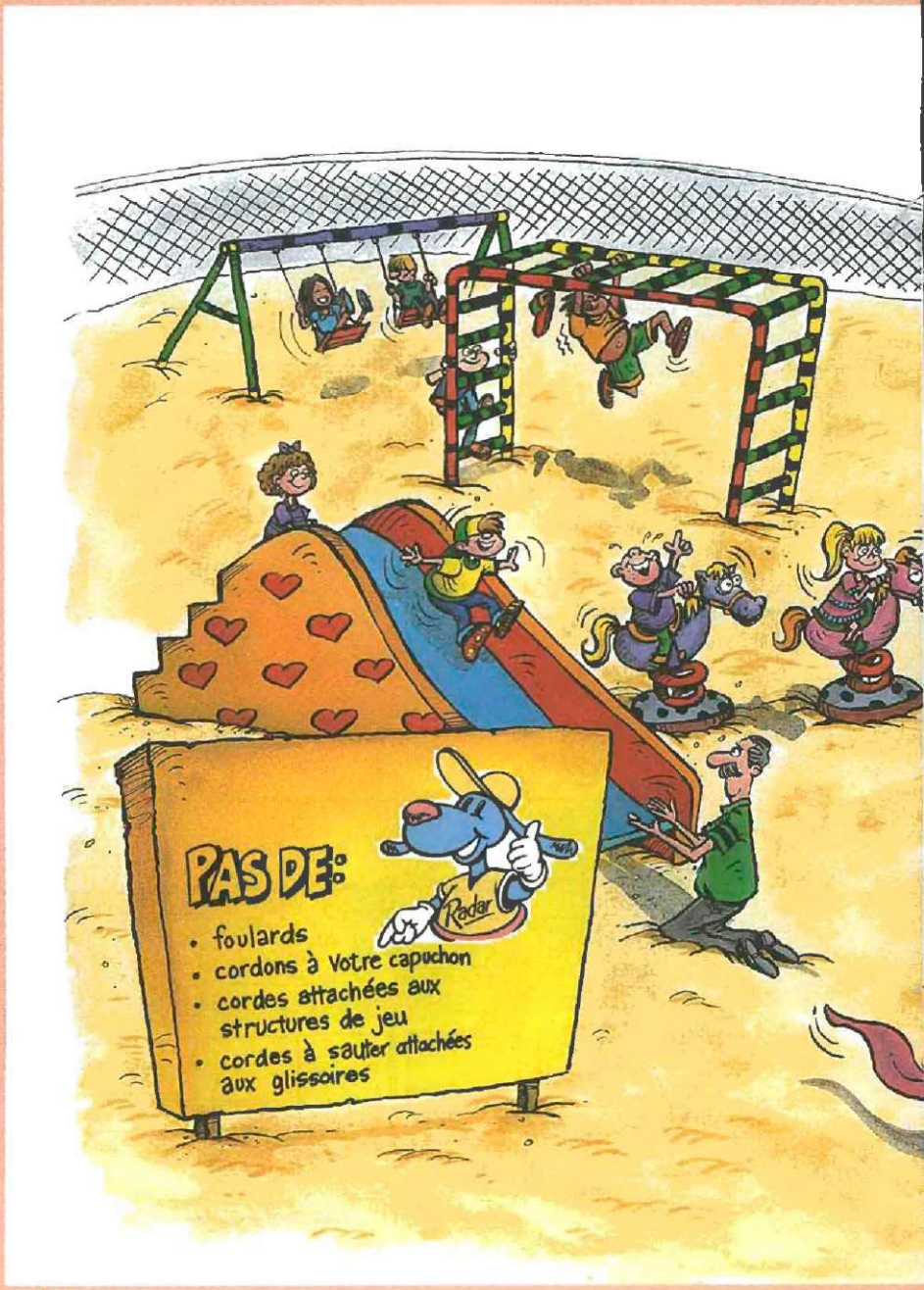
- *Tenez toujours les enfants loin des barbecues.*
- *Des adultes et des enfants ont péri d'un empoisonnement au monoxyde de carbone, gaz inodore et invisible, pendant qu'ils dormaient dans une tente ou une remorque réchauffée par des briquettes fumantes d'un barbecue.*

LES PRODUITS CHIMIQUES POUR LA MAISON

Les produits chimiques pour la maison tels que l'eau de javel, les diluants et décapants à peintures, les produits pour nettoyer le four, l'ammoniaque et les nettoyants abrasifs figurent parmi les principaux produits d'entretien ménager qui sont la cause de blessures et de pertes de vie chez les enfants de moins de cinq ans. Les produits chimiques tels que les liquides et poudres de nettoyage, les encaustiques et les débouche-égouts sont si courants que nous oublions souvent qu'ils peuvent représenter des dangers lorsqu'ils sont avalés ou qu'ils entrent en contact avec la peau et les yeux. Les étiquettes de la plupart des produits chimiques pour la maison affichent des symboles et énoncés de précautions à prendre avec ces produits ainsi que les PREMIERS SOINS nécessaires. Apprenez les symboles et observez les cinq mesures de sécurité :

- *Les enfants sont curieux et se déplacent rapidement. Remisez toujours les produits chimiques hors de la vue et de la portée des enfants dans un endroit verrouillé. Les contenants de produits chimiques, même s'ils sont munis de bouchons protège-enfants ou qu'ils sont vides, ne sont pas des jouets. Ne les laissez donc jamais dans les mains des enfants.*
- *Lisez toujours l'étiquette. Si vous ne comprenez pas les instructions, demandez de l'aide. Assurez-vous de ne pas enlever ou recouvrir l'étiquette sur les contenants.*
- *Conservez les produits chimiques dans leur contenant original. Ne les mélangez jamais. Certains mélanges peuvent produire des gaz nocifs.*
- *Refermez soigneusement le contenant avant de le ranger, même si vous devez le déposer que pour un instant. Assurez-vous que les contenants conçus à l'épreuve des enfants sont sécuritaires. Même ces contenants ne sont pas sans danger.*
- *Apprenez aux enfants que les symboles signifient : DANGER! NE TOUCHEZ PAS.*




PAS DE :
• foulards
• cordons à votre capuchon
• cordes attachées aux structures de jeu
• cordes à sauter attachées aux glissoires
Radar

LES STRUCTURES DE JEU À L'EXTÉRIEUR DE LA MAISON

Les dangers d'étranglement

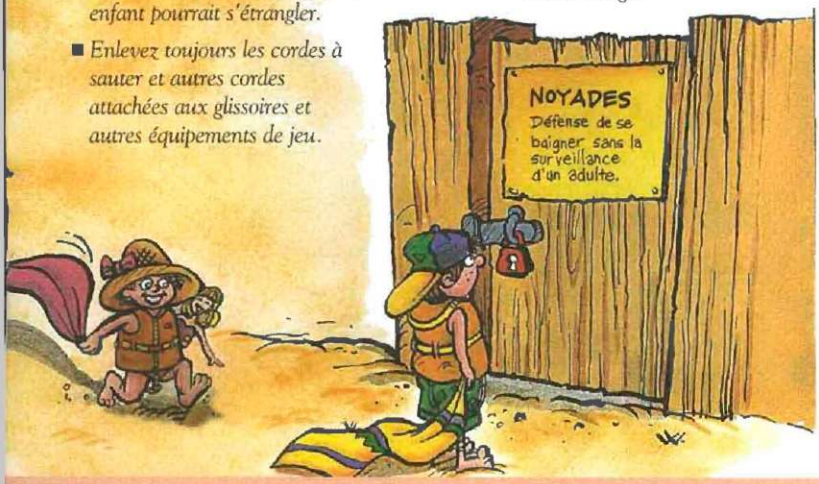
Des enfants sont décédés parce que le cordon attaché à leurs vêtements s'est accroché à une balançoire, une glissoire ou même à une clôture. D'autres ont péri après s'être retrouvés accrochés à des cordes à sauter ou d'autres cordes fixées aux structures de jeu.

- *Les lacets de serrage fixés aux capuchons, aux chapeaux et manteaux, les cordons de mitaines et les articles attachés autour du cou par un cordon peuvent s'accrocher à l'équipement de jeu et causer la mort d'un enfant.*
- *Retirez, nouez ou rentrez à l'intérieur des vêtements les cordons avec lesquels un enfant pourrait s'étrangler.*
- *Enlevez toujours les cordes à sauter et autres cordes attachées aux glissoires et autres équipements de jeu.*

LES NOYADES

Les enfants adorent jouer dans l'eau et près de l'eau. Chaque année, des noyades pourraient être évitées.

- *Surveillez votre enfant dans la baignoire et ne comptez pas sur votre siège de baignoire pour assurer sa sécurité. Les ventouses du siège pourraient soudainement lâcher prise et l'enfant risquerait alors de se noyer surtout s'il était laissé sans surveillance.*
- *Tenez les enfants à l'écart des bacs d'une capacité de cinq gallons, des seaux à couches et autres gros contenants d'eau utilisés à la maison. Des tout-petits y sont tombés et se sont noyés.*
- *Assurez-vous que le filtre de votre piscine hors-terre est situé assez loin de la piscine pour empêcher qu'un enfant y grimpe et tombe dans l'eau.*
- *Assurez-vous que votre piscine est entourée d'une clôture haute munie de lattes verticales et d'une porte qui se referme et se verrouille automatiquement.*
- *Pour de plus amples renseignements, communiquez avec la Société canadienne de la Croix-Rouge.*



PRODUITS USAGÉS

Si vous envisagez d'acheter un lit, un parc, une poussette ou tout autre article usagé pour enfant, ou si vous êtes sur le point d'obtenir un de ces articles de votre famille ou de vos amis, soyez prudents!

Même s'ils n'ont que quelques années, certains de ces articles peuvent être en mauvais état et s'avérer dangereux à l'usage. Sachez que les sièges d'auto et casques de sécurité accidentés sont difficiles à identifier et qu'ils ne devraient jamais être utilisés.

- *Les divers règlements régissant les produits pour enfants s'appliquent à la fois aux produits neufs et aux produits usagés.*
- *Les lits d'enfants, barrières extensibles, sièges d'auto, poussettes ou jouets usagés que vous envisagez donner, vendre ou acheter ne satisfont peut-être pas aux normes de sécurité.*
- *Soyez prudents avant d'acheter ou d'utiliser ces articles usagés.*
- *Pour de plus amples renseignements sur la sécurité des lits d'enfants, des barrières, etc , consultez la liste des produits figurant dans ce livret.*



CONSEILS SUR LA SÉCURITÉ

- Pour prévenir les chutes, coupures et autres blessures, surveillez bien votre bébé lorsqu'il est assis dans un panier de provisions à l'épicerie ou dans un siège de bicyclette.
- Faites porter un casque à votre enfant lorsqu'il roule à bicyclette ou qu'il pratique certains sports, afin de le protéger contre les blessures graves à la tête.
- Soyez conscient des risques graves de blessures auxquels s'exposent les jeunes enfants qui sautent sur une trampoline. Une trampoline ne doit pas être considérée comme un jouet.
- Des enfants se sont étranglés en jouant avec les cordons de rideaux et de stores. Ne laissez jamais les cordons de stores ou de rideaux pendre librement et ne placez jamais un berceau ou un lit près d'une fenêtre munie de rideaux ou de stores. Attachez ou fixez les cordons de manière à ce que les enfants ne puissent pas les attraper.
- Placez des capuchons de sécurité en plastique sur les prises de courant pour empêcher les enfants d'introduire des objets métalliques à l'intérieur.
- Utilisez de la peinture vendue spécifiquement pour recouvrir des articles pour enfants lorsque vous peinturez des meubles d'enfants.
- Ne choisissez que du matériel d'artisanat à base d'eau s'il est destiné à des enfants.
- Gardez les bouteilles de boissons gazeuses en verre hors de la portée des enfants. Elles peuvent exploser et causer des blessures graves si elles sont agitées ou tombent par terre.
- Remisez les sacs en plastique hors de la portée des enfants. Des enfants ont suffoqué en jouant avec ces sacs.
- Utilisez des traîneaux en bois munis d'une poignée rigide. Les traîneaux en bois munis d'un cordon souple en guise de poignée ne fournissent pas toujours un contrôle suffisant. Des traîneaux se sont renversés sans que l'adulte qui le tirait ne s'en soit aperçu.
- Il est important de surveiller les enfants lorsque vous voyagez, allez en visite chez des parents ou des amis ou pendant les vacances. Les occasions de blessures y sont souvent plus fréquentes.
- Pour éliminer les risques de brûlures, de chutes, de noyades et d'étranglement, SURVEILLEZ BIEN VOTRE ENFANT!



Sachez quelles caractéristiques de sécurité rechercher lorsque vous achetez et utilisez des produits de consommation tels que les jouets et l'équipement ou les meubles pour bébés et enfants. Évitez d'acheter ou d'utiliser des articles qui ont des bords tranchants ou des pointes sur lesquels l'enfant peut se couper, de petits orifices dans lesquels un enfant pourrait se prendre les doigts ou de petites pièces qui peuvent se détacher facilement et rester prises dans la gorge de l'enfant. Le Bureau de la Sécurité des produits de Santé Canada, en consultation avec l'industrie, les consommateurs et la communauté médicale, a élaboré des règlements et des normes de sécurité sur un certain nombre d'articles pour enfants dont les jouets, les poussettes, les lits d'enfants, les parcs et les barrières de sécurité.

Le Programme d'information et d'éducation fournit des renseignements utiles aux familles, aux garderies et aux professionnels de la santé grâce à des campagnes de sensibilisation à la sécurité, à la publication d'affiches et de brochures et à la production de vidéos.

Pour de plus amples renseignements concernant la prévention des blessures, communiquez avec :
Programme d'information et d'éducation
Direction de l'hygiène du milieu
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada
Indice postal : 0801A
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

Téléphone : (613) 952-1014
Télécopieur : (613) 941-4376
Courriel : Carole_Lacroix@hc-sc.gc.ca

Pour alléger la lecture du texte, nous n'avons retenu que la forme masculine non marquée qui désigne aussi bien les filles que les garçons.

Pour formuler une demande de renseignements ou une plainte sur des produits de consommation, veuillez communiquer avec le Bureau de la sécurité des produits le plus près de chez vous :

Vancouver (Colombie-Britannique)
(604) 666-5003;
Edmonton (Alberta)
(780) 495-2626;
Calgary (Alberta)
(403) 292-4677;
Saskatoon (Saskatchewan)
(306) 975-4502;
Winnipeg (Manitoba)
(204) 983-5490;
Hamilton (Ontario)
(905) 572-2845;
Toronto (Ontario)
(416) 973-4705;
Ottawa (Ontario)
(613) 952-1014;
Montréal (Québec)
(514) 283-5488;
Québec (Québec)
(418) 648-4327;
Moncton (Nouveau-Brunswick)
(506) 851-6638;
Dartmouth (Nouvelle-Écosse)
(902) 426-8300;
St. John's (Terre-Neuve)
(709) 772-4050.

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé
© Ministre, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada 1999
Cat. H46/2-234F
ISBN 0-662-83836-X
Also available in English under the title
Is Your Child Safe?

Santé Canada Health Canada

Centre d'activités stationnaire pour bébé

Un centre d'activités stationnaire pour bébé est comme une marchette sans roulettes. Si vous mettez votre bébé dans un centre d'activités stationnaire, vous devez rester avec lui tout le temps.



Lorsqu'ils sont dans ces centres, les enfants aiment se balancer, sauter et bondir. Si cet appareil est renversé, votre bébé pourrait rester pris en-dessous.

Lorsque les enfants sont dans un de ces centres, ils peuvent tendre les mains vers les côtés ou vers le haut. Ils peuvent s'emparer d'objets qu'ils n'ont pas le droit de toucher. Ils peuvent tirer sur un objet qui risque de leur tomber sur la tête.

Ce qu'il faut savoir si vous utilisez un de ces centres d'activités

Au moins une fois par semaine, assurez-vous que les jouets sur le centre d'activités ne sont pas brisés ou dévissés.
Un enfant peut se blesser sur des objets pointus.
Un enfant peut s'étouffer en avalant des petits morceaux.

Conseils de sécurité

- Surveillez votre enfant! Ne laissez JAMAIS votre enfant seul dans un centre d'activités. Si quelqu'un sonne à votre porte ou que vous devez quitter la pièce pour une raison ou une autre, emmenez votre bébé avec vous.
- Le centre d'activités ne doit pas être placé près des escaliers, des portes, des fenêtres, des tables à café, des plantes, des lampes, des téléviseurs et de votre poêle à bois, foyer ou appareil de chauffage.
- Gardez les cordons de rideaux et de stores hors de la portée des enfants.
- Pensez-y deux fois avant d'acheter un centre d'activités usagé. Assurez-vous qu'il est en bon état. S'il est brisé, il peut être dangereux.
- Assurez-vous que le centre d'activités peut supporter le poids de votre bébé.



Pour plus d'information communiquez avec la Sécurité des produits de Santé Canada :

Vancouver, Colombie-Britannique (604) 666-5003
Edmonton, Alberta (780) 495-2626
Calgary, Alberta (403) 292-4677
Saskatoon, Saskatchewan (306) 975-4502
Winnipeg, Manitoba (204) 983-5490
Hamilton, Ontario (905) 572-2845
Toronto, Ontario (416) 973-4705
Ottawa, Ontario (613) 952-1014
Montréal, Québec (514) 283-5488
Québec, Québec (418) 648-4327
Moncton, Nouveau-Brunswick (506) 851-6638
Dartmouth, Nouvelle-Écosse (902) 426-8300
St. John's, Terre-Neuve (709) 772-4050
http://www.hc-sc.gc.ca/psb

Pour commander des copies : par téléphone **(613) 954-0609**, par télécopieur **(613) 941-8632**, par courrier électronique **eh_publishing@hc-sc.gc.ca**

English version available.

Canada

Ce document peut être photocopié.

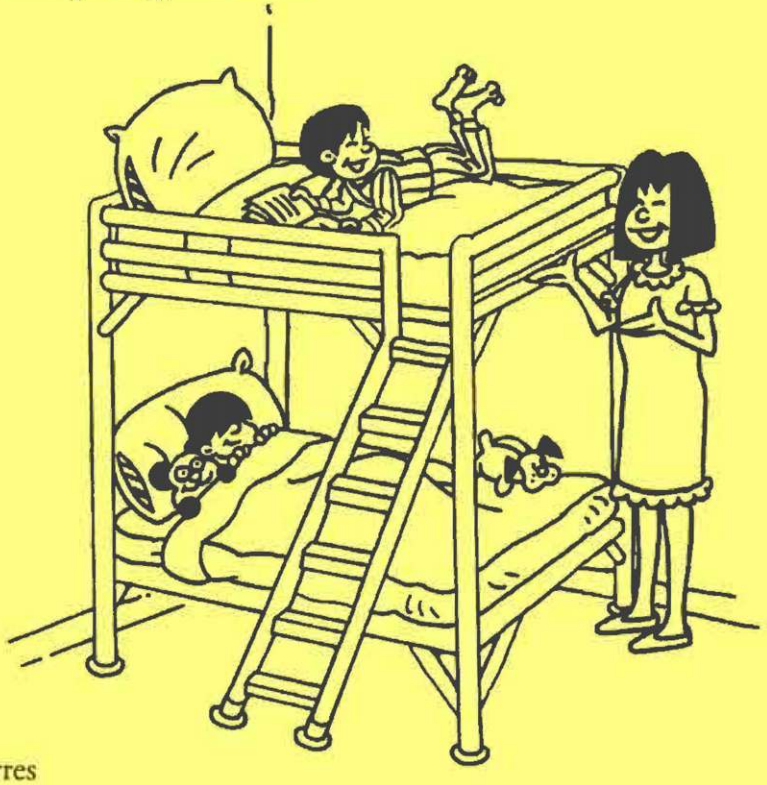
mars 1999

Santé Canada Health Canada

La sécurité et les lits superposés

Des enfants sont morts dans des lits superposés et plusieurs autres ont subi des blessures graves lorsque leur tête est restée prise entre la barre de sécurité et le matelas ou entre le lit et le mur et qu'ils ne pouvaient plus respirer.

Assurez-vous que les lits superposés sont sécuritaires et apprenez aux enfants à les utiliser en toute sécurité. Le lit du haut n'est pas sécuritaire pour les enfants de moins de 6 ans.



Conseils de sécurité

- Assurez-vous que le lit du haut a des barres de sécurité sur les quatre côtés.
- Assurez-vous que le matelas est bien ajusté aux quatre côtés du lit.
- Vérifiez régulièrement si le cadre du lit est solide.
- Assurez-vous que l'échelle est bien attachée au lit.
- Recherchez l'étiquette sur les lits superposés qui dit qu'ils recontrent la norme de sécurité ASTM F-1427.

La sécurité des enfants :

- Ne placez jamais un enfant de moins de 6 ans dans le lit du haut.
- Montrez aux enfants à toujours utiliser l'échelle pour monter et descendre.
- Ne laissez pas les enfants jouer sous ou sur les lits superposés.
- Permettez à une seule personne de coucher dans le lit du haut.

Pour plus d'information communiquez avec la Sécurité des produits de Santé Canada :

Vancouver, Colombie-Britannique (604) 666-5003
Edmonton, Alberta (403) 495-2626
Calgary, Alberta (403) 292-4677
Saskatoon, Saskatchewan (306) 975-4028
Winnipeg, Manitoba (204) 983-5490
Hamilton, Ontario (905) 572-2845
Toronto, Ontario (416) 973-4705
Ottawa, Ontario (613) 952-1014
Montréal, Québec (514) 283-5488
Québec, Québec (418) 648-4327
Moncton, Nouveau-Brunswick (506) 851-6638
Dartmouth, Nouvelle-Écosse (902) 426-8300
St. John's, Terre-Neuve (709) 772-4050

English version available.

Canada

Ce document peut être photocopié.

mars 1998

Santé Canada Health Canada

Qu'est-ce que ces symboles veulent dire?






Ce sont des symboles (ou des images) qui veulent dire DANGER!

Vous les trouvez sur les étiquettes de produits que vous avez à la maison. Vous les voyez sur les contenants de diluants à peinture, de nettoyants de tuyaux d'écoulement, de liquide à lave-glace et de différents produits pour le polissage.

Cherchez-les sur les étiquettes. Apprenez ce qu'ils veulent dire.



CORROSIF Le produit peut brûler la peau ou les yeux. S'il est avalé, il causera des blessures à la gorge et à l'estomac.



INFLAMMABLE Le produit ou les vapeurs qu'il dégage peuvent prendre feu facilement. Gardez-le loin d'une source de chaleur, des flammes ou des étincelles.



EXPLOSIF Le contenant peut exploser s'il est chauffé ou percé. Les morceaux de métal ou de plastique du contenant peuvent alors causer des blessures graves, surtout aux yeux.



POISON Si le produit est avalé, léché ou même, dans certains cas, tout simplement respiré, il peut provoquer des malaises graves ou la mort.

Conseils de sécurité

- Apprenez aux enfants que ces symboles veulent dire **Danger! Ne touchez pas.**
- Gardez tous les produits qui ont ces symboles dans des endroits où les enfants ne peuvent pas les VOIR ni les TOUCHER.
- Lisez l'étiquette et suivez les instructions. Si vous avez de la difficulté à comprendre l'étiquette, demandez de l'aide. Ne cachez pas le message sur l'étiquette ou n'enlevez pas l'étiquette des produits.



Gardez les numéros d'urgence à côté du téléphone. Copiez-les de la première page de votre annuaire téléphonique.

En cas de blessure causée par un produit qui a ces symboles sur l'étiquette :

- Appelez immédiatement le centre anti-poison ou votre médecin.
- Dites à la personne qui vous répond au téléphone ce qu'il y a d'écrit sur l'étiquette.
- Apportez le produit avec vous lorsque vous allez chercher de l'aide.



Pour plus d'information, communiquez avec le Bureau de la sécurité des produits de Santé Canada :

Vancouver, Colombie-Britannique (604) 666-5003
Edmonton, Alberta (780) 495-2626
Calgary, Alberta (403) 292-4677
Saskatoon, Saskatchewan (306) 975-4502
Winnipeg, Manitoba (204) 983-5490
Hamilton, Ontario (905) 572-2845
Toronto, Ontario (416) 973-4705
Ottawa, Ontario (613) 952-1014
Montréal, Québec (514) 283-5488
Québec, Québec (418) 648-4327
Moncton, Nouveau-Brunswick (506) 851-6638
Dartmouth, Nouvelle-Écosse (902) 426-8300
St. John's, Terre-Neuve (709) 772-4050

http://www.hc-sc.gc.ca/psb

Pour commander des copies : par téléphone **(613) 954-0609**, par télécopieur **(613) 941-8632**, par courrier électronique **eh_publishing@hc-sc.gc.ca**

Cat. H46-2/99-228F

ISBN 0-662-83706-1

English version available.

Canada

Ce document peut être photocopié.

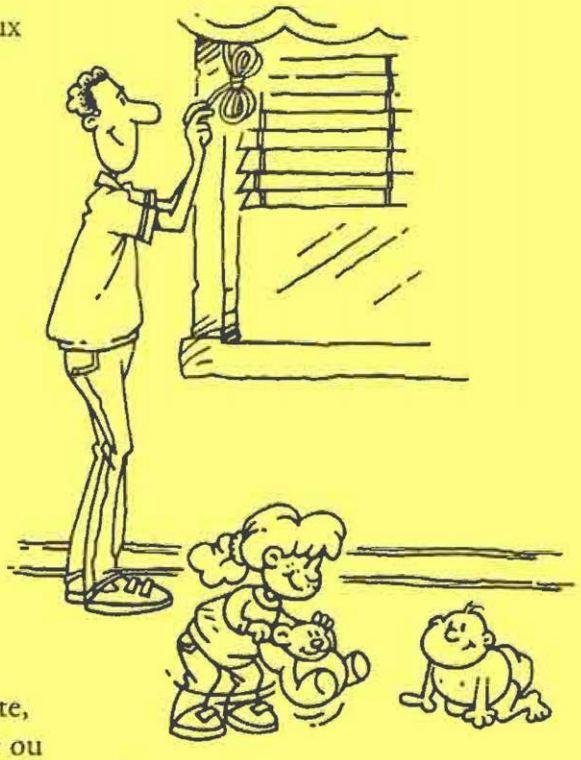
Révisé septembre 2000

Santé Canada Health Canada

Danger! Les enfants peuvent s'étrangler avec les cordons de stores et de rideaux

Les cordons qui pendent des stores et des rideaux peuvent être dangereux pour les bébés et les jeunes enfants. Des enfants au Canada sont morts étouffés après être restés pris dans les cordons d'un store ou d'un rideau. La plupart de ces enfants avaient moins de 3 ans.

Ne laissez jamais pendre les cordons de stores et de rideaux. Gardez-les hors de la portée des enfants!



Conseils de sécurité

- Coupez les cordons pour qu'ils soient courts. Il ne faut pas qu'un enfant soit capable de rejoindre les cordons, même quand un store est monté ou descendu.
- Enroulez le cordon sur lui-même.
- Ne placez jamais un lit d'enfant, une chaise haute, un lit ou un parc pour enfant près d'une fenêtre ou d'une porte patio car un enfant pourrait rejoindre les cordons et s'étrangler.
- Ne placez pas de sofa, de chaise, de table, d'étagère ou de bibliothèque près des fenêtres. Cela empêchera un enfant de grimper pour rejoindre les cordons.



Fixez le cordon sur lui-même ou sur le store à l'aide d'une épingle à linge, d'une pince ou d'une attache.



Coupez le cordon en deux afin d'éliminer le noeud coulant et placez des glands ou un dispositif en plastique au bout de chaque cordon.



Enroulez le cordon autour d'un crochet que vous avez bien fixé près du haut du store.

Ces produits sont disponibles dans la plupart des quincailleries et magasins qui vendent des stores et des rideaux.

Pour plus d'information communiquez avec la Sécurité des produits de Santé Canada :

Vancouver, Colombie-Britannique (604) 666-5003	Hamilton, Ontario (905) 572-2845	Moncton, Nouveau-Brunswick (506) 851-6638
Edmonton, Alberta (403) 495-2626	Toronto, Ontario (416) 973-4705	Dartmouth, Nouvelle-Écosse (902) 426-8300
Calgary, Alberta (403) 292-4677	Ottawa, Ontario (613) 952-1014	St. John's, Terre-Neuve (709) 772-4050
Saskatoon, Saskatchewan (306) 975-4028	Montréal, Québec (514) 283-5488	
Winnipeg, Manitoba (204) 983-5490	Québec, Québec (418) 648-4327	

English version available.

Canada

Ce document peut être photocopié.

mars 1998

Santé Canada Health Canada

Ventes de garage

Tous les ans, des ventes de garage ont lieu dans les villes et villages du Canada. Les gens y cherchent de bonnes aubaines; toutefois, ces aubaines peuvent être dangereuses. Chaque personne qui tient une vente de garage doit s'assurer que ces produits, neufs ou usagés, sont sécuritaires et satisfont aux normes de sécurité appropriées.

La *Loi sur les produits dangereux*, administrée par Santé Canada, prescrit les exigences de sécurité visant certains produits de consommation, dont plusieurs sont destinés aux enfants.

La prochaine fois que vous prévoyez de tenir une vente de garage, PENSEZ SÉCURITÉ. Selon la législation canadienne, vous ne pouvez importer, vendre, ni même donner des produits qui ne satisfont pas aux exigences de la *Loi sur les produits dangereux*.

Vous trouverez ci-dessous une liste partielle des produits qui doivent répondre aux exigences de sécurité établies en vertu de la *Loi sur les produits dangereux*. Les dangers identifiés pour ces produits ont pour but d'attirer l'attention sur certains des problèmes les plus fréquents qu'ils posent. Lorsqu'on vend des produits à une vente de garage, il est important d'éviter tout article en mauvais état. Les articles endommagés devraient être jetés.

BARRIÈRES POUR BÉBÉS B Au Canada, il est interdit de vendre des barrières qui ont de grandes ouvertures en forme de diamant (◊) et de grands « V » à leur extrémité supérieure. Les enfants peuvent se prendre la tête dans ces ouvertures et s'étrangler.

MARCHETTES POUR BÉBÉS B Il est interdit de vendre des marchettes munies de roues en raison du risque de blessure grave du bébé dégringolant les escaliers, du risque de s'accrocher dans les fils électriques et d'accéder plus facilement aux surfaces chaudes.

SIÈGES D'AUTO B Les sièges d'auto doivent être conformes aux Normes de sécurité des véhicules automobiles du Canada et porter l'étiquette de conformité indiquant la taille de l'enfant pour lequel le siège est conçu. Des instructions détaillées ainsi que toutes les courroies et pièces (y compris la courroie d'attache pour siège faisant face à l'avant) doivent être présentes. Avant de vendre un siège d'auto usagé, vérifiez auprès de Transports Canada (1-800-333-0371 ou www.tc.gc.ca/roadsafety/) si le siège d'auto a fait l'objet d'un rappel et suivez les instructions de rappel. Les sièges qui sont fendillés ou brisés ne doivent pas être vendus. Il est important de connaître le passé d'un siège d'auto usagé, car il ne devrait pas être utilisé de nouveau s'il a déjà été impliqué dans un accident.

VÊTEMENTS DE NUIT POUR ENFANTS ET LACETS DE SERRAGE SUR LES VÊTEMENTS D'ENFANTS B Les vêtements amples notamment les robes de nuit, les robes de chambre, les nuisettes et les pyjamas amples brûlent plus facilement s'ils sont faits en coton ou en mélange de coton. Ces vêtements doivent être en polyester, en nylon ou en mélange de polyester et nylon afin de satisfaire aux exigences d'inflammabilité. Les lacets de serrage, en particulier sur les combinaisons de ski, les blousons et les pulls molletonnés, peuvent s'accrocher sur l'équipement de terrain de jeu, les clôtures et d'autres objets. Les vêtements d'enfants comportant des lacets de serrage ne devraient pas être vendus.

LITS D'ENFANTS ET BERCEAUX B Tous les lits d'enfants vendus au Canada doivent satisfaire aux règlements de sécurité établis en septembre 1986. Tous les lits d'enfants vendus ou importés au Canada avant cette date sont considérés dangereux. Il est interdit de les vendre et ils doivent être détruits. Les lits qui satisfont aux règlements doivent comporter l'information qui identifie le fabricant, la date de fabrication et les instructions d'assemblage, soit imprimée ou fixée sur le lit. Il est également très important que l'épaisseur du matelas utilisé dans le lit d'enfant ne dépasse pas 15 cm (6 po) et que ce dernier soit bien ajusté aux quatre côtés du lit. Les lits d'enfants présentant des signes visibles de dommages, auxquels il manque des parties et où les instructions et les avertissements manquent, doivent être jetés.

Canada

Ce document peut être photocopié.
mars 2001

ÉQUIPEMENT PROTECTEUR POUR LE SPORT B L'équipement protecteur ancien ou visiblement endommagé doit être jeté. Les casques de hockey et les protecteurs faciaux vendus au Canada doivent satisfaire aux normes de sécurité élaborées par CSA International (CSA-Z262.1-M90,R97). Le casque devrait porter une étiquette certifiée par la CSA. Les casques de hockey et les protecteurs faciaux ne devraient pas être vendus s'ils ont subi un choc important, s'ils sont plus vieux que cinq ans ou s'ils ont fait l'objet d'un usage intensif pendant deux saisons consécutives.

Les casques pour faire de la bicyclette et du patin aligné sont conçus pour protéger la tête contre un seul choc. Ils ne sont pas appropriés comme articles usagés.

PARCS POUR ENFANTS B Les vieux parcs peuvent comporter des boulons saillants qui peuvent s'accrocher aux vêtements des enfants. Ils peuvent également comprendre des mécanismes usés ou défectueux sur les côtés pliants. Vérifiez le site web de Santé Canada (www.hc-sc.gc.ca/ehp/psb/juvenile_productrecalls.htm) ainsi que celui du fabricant ou téléphonez pour obtenir la liste des parcs pour enfants qui ont fait l'objet d'un rappel, auquel cas, assurez-vous que le problème a été corrigé. Les côtés en tissu maillé des parcs doivent être de type moustiquaire. Les mailles à grand trou ne satisfont pas aux normes actuelles et pourraient présenter un risque d'accrochage pour les vêtements. Lors de la vente d'un parc pliant, assurez-vous que tous les dispositifs de verrouillage fonctionnent et que des instructions de montage sont incluses.

POUSSETTES B Les landaus et les poussettes vendus au Canada doivent satisfaire aux règlements de sécurité établis en 1985. Les poussettes doivent être munies d'une ceinture abdominale ou d'un dispositif de retenue solidement fixé au siège ou au cadre. Assurez-vous que les freins sont en bon état de fonctionnement ainsi que les mécanismes de verrouillage sur les modèles pliants et que les roues sont fixées solidement.

JOUETS ET FLÉCHETTES DE PELOUSE À BOUT ALLONGÉ B Si vos jouets ont besoin de réparation ou s'ils sont brisés, ils ne sont pas sécuritaires. Les objets à bords tranchants ou à pointes aiguës ou ceux aux yeux ou nez branlants présentent des dangers possibles. Les jouets à petites parties ne sont pas appropriés pour les enfants de moins de trois ans. Il est illégal au Canada de vendre des fléchettes de pelouse à bout allongé.

PLOMB B Le plomb est un métal toxique connu qui peut pénétrer le corps et causer des effets nocifs sur le développement intellectuel et comportemental des jeunes enfants et des bébés. Il est interdit de vendre des produits comme les bijoux conçus pour enfants renfermant du plomb. Si vous êtes incertains quant à la teneur en plomb de ces articles, il est prudent de ne pas les vendre.

COUVRE-FENÊTRES B Les nouveaux stores et rideaux sont munis d'étiquettes sur la sécurité et comprennent des dispositifs sur les cordons qui empêchent les cordons intérieurs de former une boucle s'ils sont tirés. Les anciens modèles de stores ne devraient pas être vendus parce que le cordon forme une boucle qui risque d'étrangler les jeunes enfants. Santé Canada encourage fortement tous les parents et les prestataires de soins à réparer immédiatement les stores existants et à garder les cordons hors de la portée des enfants.

PENSEZ SÉCURITÉ LORSQUE VOUS PRÉPAREZ VOTRE VENTE DE GARAGE!

Pour plus d'information, communiquez avec le Bureau de la sécurité des produits de Santé Canada à :

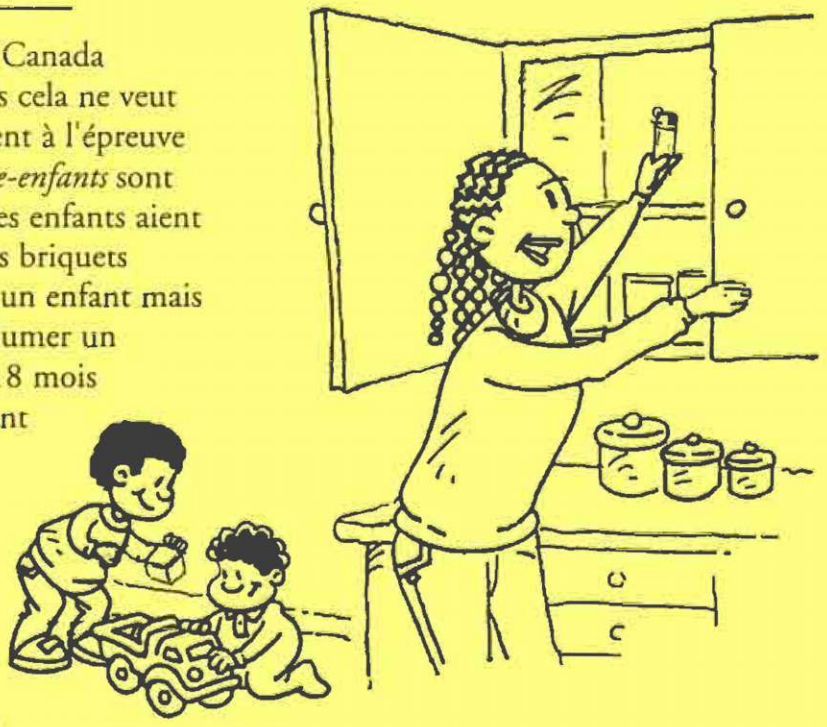
Burnaby, Colombie-Britannique (604) 666-5003
Edmonton, Alberta (780) 495-2626
Calgary, Alberta (403) 292-4677
Saskatoon, Saskatchewan (306) 975-4502
Winnipeg, Manitoba (204) 983-5490
Hamilton, Ontario (905) 572-2845
Toronto, Ontario (416) 973-4705
Ottawa, Ontario (613) 952-1014
Longueuil, Québec (450) 646-1353
Montréal, Québec (514) 283-5488
Québec, Québec (418) 648-4327
Moncton, Nouveau-Brunswick (506) 851-6638
Halifax, Nouvelle-Écosse (902) 426-8300
St. John's, Terre-Neuve (709) 772-4050
http://www.hc-sc.gc.ca/psb

Sant" Canada Health Canada

Soyez prudents avec les briquets et les allumettes

Les briquets jetables vendus au Canada doivent être *protège-enfants* mais cela ne veut pas dire qu'ils sont complètement à l'épreuve des enfants. Les briquets *protège-enfants* sont fabriqués de manière à ce que les enfants aient de la difficulté à les allumer. Les briquets *protège-enfants* peuvent ralentir un enfant mais ne peuvent pas l'empêcher d'allumer un briquet. Même des enfants de 18 mois ont causé des incendies en faisant fonctionner un briquet.

Gardez les briquets et les allumettes hors de vue et hors de portée des enfants!



Conseils de sécurité

- Montrez aux enfants que les briquets et les allumettes sont dangereux.
- Assurez-vous que les enfants ne jouent jamais avec des briquets et des allumettes.
- Assurez-vous que les briquets que vous achetez sont *protège-enfants.*
- Ne laissez jamais un briquet dans une voiture lorsqu'il fait chaud l'été, ou près d'une chaufferette ou d'un poêle, car il pourrait exploser.

Si vos vêtements prennent feu,



Pour plus d'information communiquez avec la Sécurité des produits de Santé Canada :

Vancouver, Colombie-Britannique (604) 666-5003	Hamilton, Ontario (905) 572-2845	Moncton, Nouveau-Brunswick (506) 851-6638
Edmonton, Alberta (403) 495-2626	Toronto, Ontario (416) 973-4705	Dartmouth, Nouvelle-Écosse (902) 426-8300
Calgary, Alberta (403) 292-4677	Ottawa, Ontario (613) 952-1014	St. John's, Terre-Neuve (709) 772-4050
Saskatoon, Saskatchewan (306) 975-4028	Montréal, Québec (514) 283-5488	
Winnipeg, Manitoba (204) 983-5490	Québec, Québec (418) 648-4327	

English version available.

Canada

Ce document peut être photocopié.

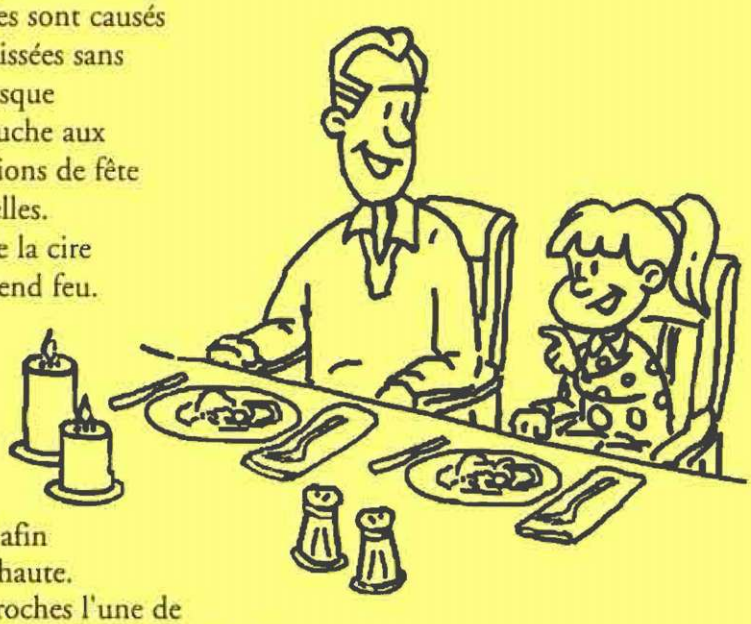
mars 1998

Santé Canada Health Canada

Les chandelles allumées peuvent être dangereuses

Chaque année au Canada, des incendies sont causés lorsque des chandelles allumées sont laissées sans surveillance. Des incendies éclatent lorsque la flamme très élevée des chandelles touche aux vêtements, aux rideaux ou aux décorations de fête qui ont été placés trop près des chandelles. Aussi, des incendies sont causés lorsque la cire de chandelle devient trop chaude et prend feu.

Gardez les chandelles allumées hors de la portée des enfants.



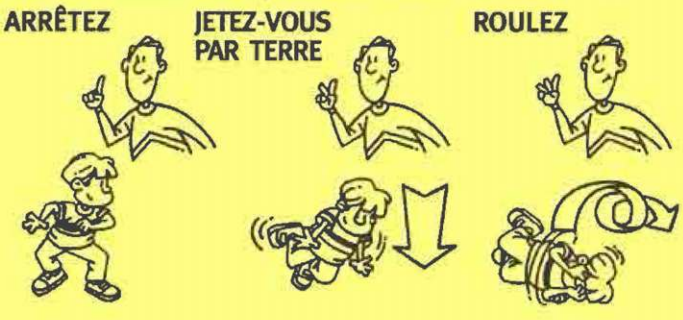
Conseils de sécurité

- Gardez courte la mèche des chandelles afin d'empêcher la flamme de devenir trop haute.
- Les chandelles avec plusieurs mèches proches l'une de l'autre ne sont pas sécuritaires et ne devraient pas être utilisées.
- Placez les chandelles allumées à un endroit où elles ne peuvent pas être renversées.
- Ne placez pas les chandelles allumées près des rideaux, d'un abat-jour ou près des décorations de fête.

Chandeliers :

- Utilisez des chandeliers solides qui ne basculent pas.
- Fixez les chandelles bien en place dans les chandeliers.
- N'utilisez pas des chandeliers en bois ou en plastique car ils peuvent facilement prendre feu. Les chandeliers en métal sont plus sécuritaires.
- Faites attention aux chandeliers en verre, car ils peuvent se briser si la flamme d'une chandelle devient trop chaude.

Si vos vêtements prennent feu,



Pour plus d'information communiquez avec la Sécurité des produits de Santé Canada :

Vancouver, Colombie-Britannique (604) 666-5003
Edmonton, Alberta (403) 495-2626
Calgary, Alberta (403) 292-4677
Saskatoon, Saskatchewan (306) 975-4028
Winnipeg, Manitoba (204) 983-5490
Hamilton, Ontario (905) 572-2845
Toronto, Ontario (416) 973-4705
Ottawa, Ontario (613) 952-1014
Montréal, Québec (514) 283-5488
Québec, Québec (418) 648-4327
Moncton, Nouveau-Brunswick (506) 851-6638
Dartmouth, Nouvelle-Écosse (902) 426-8300
St. John's, Terre-Neuve (709) 772-4050

English version available.

Canada

Ce document peut être photocopié.

mars 1998

Prix de la trousse :
14,95 (taxes en sus)

CONCEPTION :

Carmelle Pelletier Bourgeois, B.Sc. inf.
Agente de planification et de programmation
Direction de la santé publique
Drummondville

POUR INFORMATIONS :

R.R.S.S.S. de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Tél. : (819) 477-6221 poste 2511
Fax. : (819) 477-9443
Courriel : Carmelle_Pelletier@ssss.gouv.qc.ca

COLLABORATION :

Guy Sanfaçon, Ph.D. Pharmacologue-toxicologue , Centre Anti-Poison du Québec
Les infirmières en périnatalité des CLSC de la région Mauricie et Centre-du-Québec
Laboratoire OMEGA

TROUSSE

R.A.P.P.I.D.

Trousse de
***R**enseignements*
***A**ntipollution, de*
***P**révention et de*
***P**rotection des*
***I**ntoxications*
***D**omestiques*
(R.A.P.P.I.D.)

CONTENU :

CAHIER 1 : ***RENSEIGNEMENTS ANTIPOLLUTION***
Alternatives à certains produits dangereux
Cosmétiques
Produits d'entretien ménager

CAHIER 2 : ***PRÉVENTION DES INTOXICATIONS DOMESTIQUES***
Règles de base de la prévention des intoxications accidentelles au foyer

CAHIER 3 : ***PROTECTION DES INTOXICATIONS DOMESTIQUES***
Que faire en cas d'empoisonnement

MÉMO TÉLÉPHONIQUE PLASTIFIÉ : QUE FAIRE EN CAS D'EMPOISONNEMENT

SIROP D'IPÉCA ET CHARBON ACTIVÉ

N.B. Ce contenu est revisé annuellement selon le développement et l'évolution des connaissances scientifiques.

INTÉRÊT DE LA TROUSSE RAPPID...

- *Outil de sensibilisation jugé efficace pour répondre aux besoins des parents ainsi que des intervenants et prometteur pour diminuer les intoxications à domicile.*

- *Intervention simple et facile d'implantation, ne demandant pas un trop grand ajout de tâches aux infirmières en périnatalité, tout en rapportant beaucoup de bénéfices soit; l'augmentation des connaissances, des changements d'attitudes et de comportements sécuritaires face à la prévention des intoxications domestiques.*

- *Action pouvant aussi s'intégrer facilement dans d'autres programmes existant (ex. Naître Égaux et Vivre en santé, Cours pré-nataux, Service de garde en milieu familial, YAPP etc.).*

- *Trousse particulièrement appréciée dans les régions où le délai d'accès à des services d'urgences est plus long, car il permet aux parents d'agir rapidement à partir du domicile en utilisant sur place la médication d'urgence sous conseil du Centre Anti Poison du Québec, ce qui permet de sauver une vie ou de réduire les conséquences néfastes d'une intoxication.*

- *Ne requiert que la volonté et la disponibilité de quelques ressources ainsi qu'un financement adéquat pour en assurer la continuité.*

- *Possibilité d'obtenir la formation nécessaire à l'implantation de cette activité pour vos intervenants, de la part de la responsable du programme à la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, conjointement avec le Centre Anti Poison du Québec.*

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC

Mal installé, danger !



UN SIÈGE D'AUTO POUR ENFANTS

Pour plus de renseignements

Le CLSC de votre territoire

CAA, Québec: (418) 624-2424
Montréal: (514) 861-7111

Votre pédiatre

La Société de l'assurance automobile du Québec
Québec : (418) 643-7620
Montréal : (514) 873-7620
Ailleurs au Québec : 1 800 361-7620

C-2930

Des étiquettes à lire absolument !

Il est important de suivre toutes les directives fournies par le fabricant du siège d'auto. Il en va de même pour les sièges d'auto qui sont déjà intégrés au véhicule. Il faut donc bien lire les étiquettes pour être certain que le poids et la taille de votre enfant correspondent à ceux prescrits et que vous comprenez bien comment fixer le siège à la banquette et attacher correctement l'enfant au siège. Une autre étiquette vous signalera enfin que votre siège respecte la norme de sécurité des véhicules automobiles du Canada.

Le présent dépliant n'est pas un texte de loi. Pour toute référence à caractère légal, veuillez consulter le Code de la sécurité routière et ses règlements.

Version anglaise disponible sur demande
English copy available upon request

Le siège d'appoint

pour les enfants de plus de 18 kg (40 lb)

Les enfants dont le milieu de l'oreille dépasse le haut du siège d'enfant sont devenus trop grands pour celui-ci. Ils sont toutefois trop petits pour porter la ceinture de sécurité seule.

Il leur faut un siège d'appoint.

Ce système de retenue aide à bien placer le baudrier au milieu de l'épaule (sur la clavicule) et la ceinture de sécurité sur les hanches.

Le siège d'appoint doit être utilisé aussi longtemps que nécessaire, c'est-à-dire jusqu'à ce que le milieu de l'oreille de l'enfant atteigne le haut de la banquette (vers l'âge de 5, 6 ans, et même 7, 8 ans).



Si les ceintures de votre véhicule se bloquent seulement en cas d'impact, il faut utiliser une pince de sécurité. Celle-ci empêche la ceinture de devenir lâche et maintient bien en place le siège d'auto lors d'une collision ou d'un virage brusque.

Attention

1 Placez le siège d'appoint sur la banquette arrière du véhicule. Si le dossier de la banquette est bas, procurez-vous un siège d'appoint muni d'un dossier plus haut pour que la tête de l'enfant soit bien appuyée et ne soit pas projetée violemment dans le vide lors d'une collision.

Par ailleurs, si votre voiture n'est pas équipée de baudrier (ceinture d'épaule) à l'arrière, ou si celui-ci passe sur le cou de l'enfant, achetez un siège d'appoint conçu pour être utilisé sans baudrier.



2 Fixez le siège à la banquette de l'auto en utilisant la ceinture de sécurité qui passera soit directement sur les hanches de l'enfant, soit par-dessus le protecteur d'abdomen. Le baudrier quant à lui doit passer sur l'épaule de l'enfant. Ne le placez jamais sous son bras car, en cas d'impact, il pourrait exercer un très forte pression sur son coeur.

Les enfants ont droit à la sécurité !

Il n'existe qu'une solution efficace pour diminuer le nombre de tragédies qui découlent des accidents de la route chez les jeunes enfants. Cette solution, ce sont les sièges d'auto. Ils réduisent de 70 % les probabilités de décès et de blessures graves.

Toutefois, si on ne choisit pas le bon siège, si on ne le fixe pas correctement à la banquette de l'auto et si on n'attache pas bien l'enfant au siège : Danger ! Danger ! Danger !

À chacun son système de retenue

Le corps d'un enfant est si différent de celui d'un adulte qu'il a besoin de dispositifs de sécurité construits en fonction de ses caractéristiques spécifiques.

Un enfant de 3 ou 4 ans qui utilise une ceinture de sécurité sans siège d'appoint est un enfant en danger.



Si le baudrier (ceinture d'épaule) passe trop près de son cou, une rupture de l'artère qui conduit le sang vers la tête et des fractures à la colonne vertébrale sont possibles.

Si la ceinture passe sur le ventre, elle pourra, lors d'une collision, provoquer une rupture de la rate, du foie et des intestins, ou encore un écrasement du pancréas.

Le siège pour nouveau-né

pour les enfants de moins de 9 kg (20 lb) ou d'au plus 66 cm (26 po)

Le siège pour nouveau-né moule bien le corps de l'enfant et le tient confortablement dans une position à demi-couchée, tout en lui supportant le bas du dos. C'est parfait !

Attention

1. Installez toujours le siège pour nouveau-né dans le sens contraire à la circulation. Oui ! l'enfant doit regarder vers l'arrière du véhicule, son cou et sa cage thoracique supporteront mieux le choc.

2. Si votre véhicule est muni d'un coussin gonflable du côté du passager, placez toujours le siège pour nouveau-né sur la banquette arrière.

Si votre véhicule n'est pas muni de coussins, il est également préférable de placer le bébé avec un autre passager, au centre de la banquette arrière. Toutefois, si vous êtes seul avec votre bébé, vous pouvez le placer à côté de vous sur la banquette avant.



3. Assurez-vous que le siège est bien à l'horizontale afin que la tête et le dos du bébé soient bien appuyés. Au besoin, placez une couverture sous le siège.

4. Fixez le siège à la banquette de l'auto avec la ceinture de sécurité, en la passant dans les encoches situées sur le siège. Le baudrier ajoute peu de chose à la sécurité de l'enfant, il est préférable de le placer derrière le siège.

Si vous avez un siège avec une base, attachez d'abord celle-ci à la banquette de l'auto avec la ceinture de sécurité, puis fixez le siège à sa base en le plaçant dans les encoches prévues à cette fin.



5. Placez les courroies sur les épaules de l'enfant et enclenchez bien la languette de métal dans la boucle.

6. Laissez un jeu de deux doigts entre les courroies et le corps de l'enfant. Deux doigts, pas plus, pas moins.

7. Enfin, remontez l'attache qui relie les courroies jusqu'au milieu de la poitrine de l'enfant pour éviter qu'il ne soit éjecté de son siège lors d'un impact.

Le siège d'enfant

pour les enfants de 9 à 19 kg (20 à 40 lb) ou de 66 à 102 cm (26 à 40 po)

Tout comme le siège pour nouveau-né, le siège d'enfant limite le mouvement de la tête et du thorax de l'enfant.

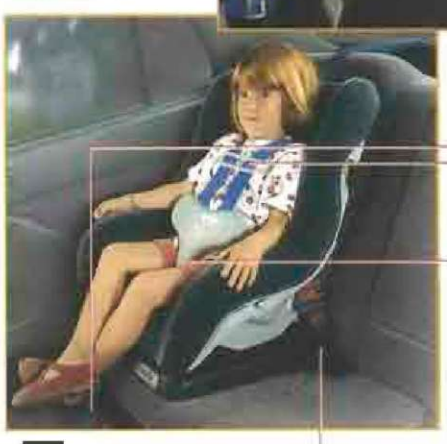
Attention

1. Placez toujours le siège d'enfant sur la banquette arrière.

2. Orientez-le face à la banquette jusqu'à ce que l'enfant ait un an ; par la suite, orientez-le vers l'avant, les muscles et les os de l'enfant étant alors plus forts.



4. Empêchez le haut du siège de basculer à l'aide d'une courroie solidement fixée à un anneau ancré à une partie métallique du véhicule.



5. Placez les courroies d'épaule comme pour le siège pour nouveau-né. Assurez-vous qu'elles sont bien tendues et que l'attache qui les relie est à la bonne hauteur.

6. Vérifiez bien si la languette est bien enclenchée dans la boucle.

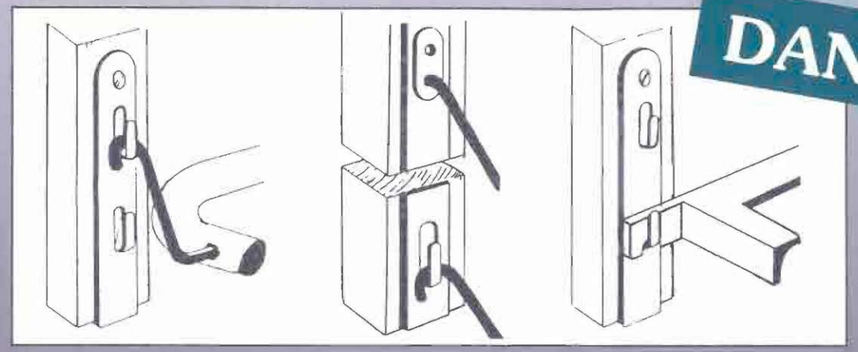
3. Fixez la base du siège à la banquette à l'aide de la ceinture de sécurité.

Systèmes de support du matelas

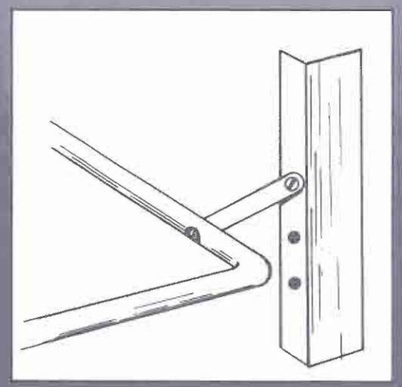
Systèmes flottants

Les trois systèmes illustrés sont dangereux pour votre enfant.

Si un des supports se décroche, le matelas va s'affaisser et créer une ouverture entre le matelas et le cadre du lit.

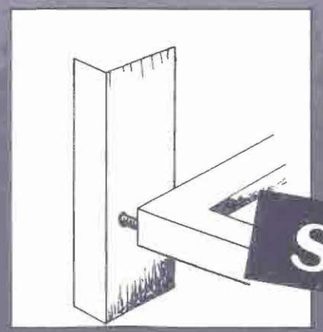


DANGER



Système fixe

Le support fixe ne se décroche pas et prévient les accidents.



SÉCURITÉ

Que faire si votre enfant dort dans un lit à système flottant?

Ne prenez pas de risques pour sa santé et sa sécurité. Jetez son lit actuel (ne le donnez pas à quelqu'un qui a un bébé). Procurez-vous un lit à support de matelas fixe.

Conseils et précautions

Il existe également des précautions à prendre pour veiller à ce que le lit de votre enfant soit le plus sécuritaire possible.

Matelas

- Gardez le matelas en bon état. Un matelas mou ou abimé peut former des creux. Votre enfant pourrait s'y coincer ou s'étouffer.
- Évitez les draps imperméables qui protègent le matelas. Ils peuvent gêner la respiration de votre enfant.

État général

Assurez-vous qu'il n'y a pas de

- Pièce fendillée ou brisée
- Barreau branlant ou manquant
- Vis ou ferrure brisée ou manquante
- Bord coupant

Jouets et objets divers

- Les mobiles ou jouets suspendus au-dessus du lit doivent être hors de la portée de votre enfant.
- Ne laissez jamais dans le lit des objets tels élastiques, collier, sucette reliée à une corde, etc. Ils pourraient mettre la vie de votre enfant en danger en s'enroulant autour de son cou ou en se prenant dans une pièce du lit.

Trous et fissures

Faites disparaître les trous et ouvertures dans lesquels votre enfant pourrait se coincer les doigts.

Support du matelas

- Vérifiez régulièrement les mécanismes de support du matelas.
- Secouez le support. Frappez-le en dessous et au-dessus.

Quand changer?

Lorsque votre enfant se tient debout dans son lit et que le côté abaissable remonté lui arrive plus bas que les épaules, il est temps de changer son lit pour un lit ordinaire

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX LANAUDIÈRE

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Agir pour mieux vivre

1000, boul. Ste-Anne, St-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2 • Téléphone: (450) 759-1157

1re édition: juillet 1987 / Réimpression: juillet 1989 / juin 1990 / avril 1991 / juin 1993 / juin 1997 / mai et nov. 1999 / avril 2000

la sécurité des lits d'enfants



Des lits pour enfants sans danger

Bien plus qu'un simple meuble

Un enfant passera au moins 5 000 heures dans son lit durant sa première année de vie. Le lit devient donc pour l'enfant un milieu de vie privilégié. Il y dort, somnole, joue souvent sans surveillance (les parents ne peuvent tout de même pas être constamment présents!).
Il importe donc de vous assurer que le lit ou le berceau de votre enfant soit sécuritaire pour éviter les cas de blessures, asphyxie, etc.

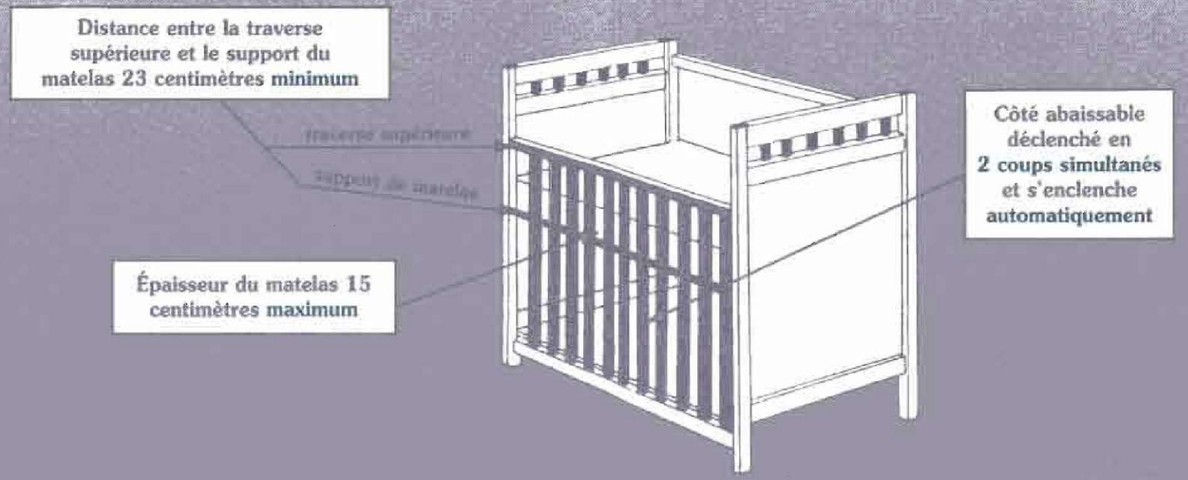
Le lit de votre enfant est-il sécuritaire?

Les illustrations qui suivent vous présentent certaines normes de sécurité établies en vertu de la loi sur les produits dangereux, en vigueur depuis septembre 1986.
Il est primordial de voir à ce que le lit de votre enfant réponde à ces normes.

Position: Côté abaissable monté au maximum
Support du matelas abaissé au maximum

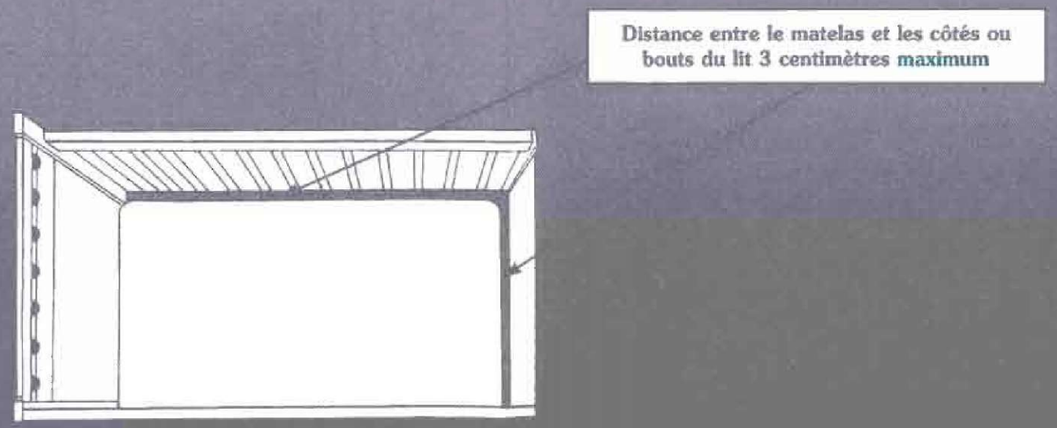


Position: Côté abaissable abaissé au maximum
Support du matelas monté au maximum



Lit d'enfant vu de haut

(Matelas poussé dans un coin)



EN CAS D'INTOXICATION, VOICI CE QU'IL FAUT FAIRE :

1. Rester calme

2. Appeler immédiatement le Centre Anti-Poison (**1-800-463-5060**). N'attendez pas que la personne soit malade pour appeler le Centre-Anti-Poison. *

3. L'infirmière du Centre Anti-Poison aura besoin des informations suivantes :
   - l'état de la personne
   - ce qu'elle a pris
   - combien elle en a pris
   - quand elle l'a pris
   - l'âge et le poids de la personne
   - les premiers soins que vous avez déjà donnés

* Si la personne ne respire plus ou est inconsciente, appeler le 9-1-1 et débuter la réanimation cardio-respiratoire.

VOICI CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

1. Ne pas faire vomir la personne

2. Ne pas essayer de « neutraliser » le produit ; le lait n'est pas un antidote.

CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC

1-800-463-5060



CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC

1-800-463-5060
région de Québec 656-8090

24 HEURES/24, 7 JOURS/SEMAINE

SERVICE DE RÉPONSE TÉLÉPHONIQUE
D'URGENCE
SANS FRAIS
PAR DES INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES
POUR TOUT PROBLÈME
D'INTOXICATION AIGUË

Une intoxication ou un empoisonnement survient si un enfant ou un adulte:

- avale un produit dangereux ou un médicament,
- reçoit un produit dangereux dans les yeux ou sur la peau,
- ou respire les vapeurs d'un produit dangereux



En cas d'empoisonnement

1 Trouvez le contenant et surtout l'étiquette du produit en cause. Téléphonez immédiatement au **Centre anti-poison du Québec**. De partout au Québec, sans frais, composez :

1-800-463-5060 ;

pour la ville de Québec et ses environs : 656-8090. Même si l'intoxication vous paraît sans gravité, mieux vaut téléphoner. Vous éviterez ainsi le risque d'une intoxication grave.

2 Ne faites pas vomir si la personne intoxiquée est somnolente, inconsciente ou en convulsions, ou si elle a absorbé une substance corrosive (soude caustique, débouche-tuyaux...) des hydrocarbures (essences, allume-feu, huile...) ou des produits moussants (savons, détergents...)

3 Dans les autres cas, **et sur les conseils du Centre anti-poison ou d'un médecin**, utilisez le «sirop d'ipéca» ou le charbon activé (un adsorbant) disponible sans ordonnance, en pharmacie. L'utilisation du sirop d'ipéca est la seule façon efficace et sécuritaire de faire vomir. Les autres pratiques sont à éviter.

4 Ne transportez jamais une personne intoxiquée à plat, sur le dos, mais couchez-la sur le côté.

5 Donnez de l'eau plutôt que du lait pour diluer le poison, car **le lait n'est pas un antidote.**

6 Si le produit toxique a touché la peau ou les yeux, lavez abondamment à l'eau seulement.

Attention !

POISON



Pour prévenir l'empoisonnement

- Gardez les médicaments et les produits d'usage domestique loin de la vue et hors de la portée des enfants, sous clé ou dans un endroit fermé à l'aide d'un loquet de sécurité;
- Conservez ces produits dans leur contenant original;
- Lisez attentivement les étiquettes;
- Choisissez des contenants avec bouchon de sécurité et, n'achetez que le minimum nécessaire d'un produit;
- Évitez de prendre des médicaments devant un enfant;
- Faites comprendre à l'enfant que prendre un médicament est un acte sérieux;
- Évitez de camoufler un médicament en friandise;
- Inspectez périodiquement la pharmacie familiale. Débarrassez-vous des contenants douteux et de leur contenu;
- Soyez vigilant en période de nettoyage et de déménagement;
- Informez-vous sur la toxicité de vos plantes;
- Sachez que les pesticides peuvent être des poisons violents;
- Assurez-vous que vos visiteurs obéissent aux mêmes règles de sécurité que vous.

Ce dépliant est produit en collaboration avec le Centre anti-poison du Québec.

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des services sociaux
Direction des communications

Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Québec
2e trimestre 1993

Attention !

POISON



Prévention et mesures à prendre

Québec

Chaque année, au Québec, plus de 20 000 enfants s'intoxiquent avec des médicaments ou des produits d'usage domestique.

Pourtant, la plupart de ces empoisonnements pourraient être évités par la prévention et un minimum de surveillance.



Les pièges... à la maison

Pour l'enfant qui a besoin de voir, de toucher et souvent de porter à sa bouche tout ce qui lui tombe sous la main, la maison est le territoire tout rêvé pour satisfaire sa curiosité. Malheureusement, cet «univers» est souvent parsemé de pièges.



Les médicaments

La pharmacie familiale

Toutes ces bouteilles colorées qui garnissent la pharmacie familiale représentent, pour l'enfant curieux, autant d'objets de convoitise. Le fait de ranger les médicaments tout au haut de la pharmacie, ne les mettra pas nécessairement hors de sa portée. L'expérience a démontré que c'est souvent l'aîné de quatre ou cinq ans qui incite un plus jeune à prendre divers médicaments ou autres produits.

Évitez de laisser à la vue et à la portée des enfants des contenants de médicaments ou d'autres produits qui présentent un danger.

Par ailleurs, l'inventaire périodique de la pharmacie familiale est indispensable, car de vieux médicaments, dont on ne connaît même plus l'usage, traînent souvent là depuis des années. Dans ce cas, il n'y a qu'une seule chose à faire : retourner ces médicaments dans une pharmacie qui se chargera de les éliminer de façon sécuritaire. Débarrassez-vous également des vieux contenants qui n'offrent pas de protection suffisante.

Les sacs à main

Le sac à main représente aussi un attrait particulier pour l'enfant. Il ne suffit pas d'y enlever les produits qui présentent un danger tels que médicaments ou autres, mais de ranger le sac à main en lieu sûr, hors de la portée des enfants.



Les produits d'usage domestique

Même si les médicaments constituent la source première d'intoxication chez les enfants, les produits d'usage domestique sont responsables de nombreux empoisonnements. Ils sont souvent facilement accessibles et on les retrouve en divers endroits de la maison tels que le sous-sol, le grenier, sous l'évier de la cuisine, la salle de lavage, le garage et dans la remise. Comparés aux médicaments, ils présentent un danger plus grand encore. En effet, une seule gorgée de l'un ou l'autre de ces produits peut causer des lésions très graves, sinon mortelles.

Par ailleurs, il arrive fréquemment que l'enfant n'hésite pas à croquer dans ce qu'il croit être un bonbon et qui est, en réalité, une boule à mites, ou encore à porter à sa bouche ce comprimé de chlore qui ressemble en tous points à une pastille de menthe.



Les poisons saisonniers

Chaque saison amène ses types d'empoisonnements :

- *L'hiver, ils sont causés par l'antigel, les liquides lave-vitres et les médicaments antigrippe;*
- *l'été, ce sont les intoxications provoquées par le chlore à piscine ou l'ingestion de divers hydrocarbures utilisés pour allumer le barbecue, le poêle de camping, etc.;*
- *au printemps, ce sont les pesticides qui font leurs ravages. Ils peuvent même provoquer un empoisonnement par voie cutanée. En effet, il suffit que l'enfant s'en renverse sur la peau pour que le produit pénètre dans son organisme.*



Les contenants

De nombreux empoisonnements surviennent parce que l'on a transvidé un produit toxique dans une bouteille de boisson gazeuse ou dans tout autre contenant non étiqueté. Conserver divers médicaments dans un même contenant est une autre pratique dangereuse, car il devient impossible de déterminer, lors d'un accident, ce que l'enfant a avalé et en quelle quantité. C'est pourquoi, il est essentiel de conserver tout médicament et tout produit toxique dans son contenant original avec son étiquette.

De plus, il importe de choisir, de préférence, les marques de commerce qui offrent une protection additionnelle, c'est-à-dire un contenant avec bouchon de sécurité. Pour les médicaments délivrés sur ordonnance, exigez ce type de contenant à la pharmacie.



Dorer la pilule...

L'enfant doit comprendre, dès son jeune âge, que prendre un médicament est un acte sérieux. C'est pourquoi ce geste ne doit pas être posé dans la pénombre mais dans une pièce bien éclairée.

Trop souvent, on veut identifier les médicaments aux bonbons. Ainsi, on risque des accidents très sérieux, car l'enfant en viendra vite à confondre les deux.

	Date			
• mesurer le tirage dans le tuyau à fumée et dans la chambre à combustion de l'appareil;				
• mesurer la densité de la fumée;				
• procéder à l'ajustement des électrodes;				
• vérifier l'état ainsi que les caractéristiques du gicleur;				
• vérifier la condition de la chambre à combustion;				
• s'assurer de l'ajustement adéquat de la pression de la pompe à mazout;				
• vérifier les contrôles de sécurité et le système d'allumage.				

Pour tout système de chauffage au gaz naturel ou au propane

Votre entrepeneur devra :

• s'assurer d'obtenir une pression adéquate de l'alimentation principale en gaz et du régulateur de l'appareil;				
• s'assurer du fonctionnement des contrôles de sécurité et du système d'allumage;				
• procéder à une analyse en combustion du système de chauffage.				

Si vous faites des modifications à votre système de chauffage ou des rénovations dans votre maison :

- faites effectuer les travaux par un entrepreneur qualifié;
- assurez-vous que la dimension intérieure de la cheminée et du conduit de raccordement correspondent à votre nouvel appareil de chauffage;
- assurez-vous que les changements apportés à la maison (fenêtres plus étanches, ventilateur de cuisinière plus puissant, meilleure isolation de la maison, pose d'un échangeur d'air, etc.) ne diminueront pas la quantité d'air frais nécessaire au bon fonctionnement de votre système de chauffage.

Ce qu'il ne faut jamais faire



- **Ne laissez jamais fonctionner une automobile dans un garage, même avec la porte ouverte.**
- **N'actionnez jamais le démarreur à distance d'une automobile lorsque celle-ci est dans un garage.**



- **N'utilisez jamais un four à gaz à la place du système de chauffage principal, et ce, même pour une courte période.**
- **N'utilisez jamais un barbecue, un Hibachi ou une chaufferette à combustible à l'intérieur de la maison, du chalet, de la roulotte ou de tout autre bâtiment.**



- **N'utilisez jamais une lampe, un poêle ou tout autre appareil de plein air émettant une flamme dans un endroit clos.**
- **Dans la roulotte ou dans la maison, ne bouchez jamais les entrées d'air ou les systèmes d'évacuation des appareils fonctionnant au combustible.**
- **Ne faites jamais fonctionner des outils à moteur (tondeuse, taille-haie, scie à chaine, génératrice, etc.) dans un espace clos ou mal ventilé (garage, atelier, remise).**



Si vous soupçonnez une intoxication ou la présence de CO

Dès qu'une personne présente des symptômes d'intoxication, vous devez l'évacuer du milieu contaminé puis communiquer avec

CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC (1-800-463-5060) OU LE 911.

Ne réintégrez pas les lieux avant d'avoir reçu l'avis d'un expert.



S'il y a possibilité qu'une source de CO soit encore active, appelez les pompiers. Dans plusieurs localités, les pompiers sont à même de mesurer le CO dans l'air et d'en rechercher les sources.

Si votre avertisseur de CO se déclenche et qu'il y a absence de symptôme :

- s'il vous est possible de le faire aisément et rapidement, fermez l'alimentation en combustible de l'appareil, ouvrez les portes et fenêtres puis quittez les lieux;
- communiquez avec les pompiers et ne réintégrez pas les lieux avant d'en avoir reçu l'autorisation.

Dépliant produit par

Le Centre anti-poison du Québec

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux

La Conférence des Régies Régionales et des Services sociaux du Québec - Santé Publique

Le Comité de santé environnementale du Québec

en collaboration avec

La Régie du Bâtiment du Québec

La Corporation des maîtres mécaniciens en tuyauterie du Québec

Gaz Métropolitain

Association québécoise du propane inc.

Vidéotron Télésurveillance
agent autorisé Fisrt Alert Professionnel

Dépot légal - 4e trimestre 1997
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

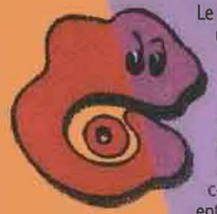
Le monoxyde de carbone tue

Y en a-t-il chez vous?



Québec

Le monoxyde de carbone



Le monoxyde de carbone* (CO) est un gaz toxique que l'on ne peut ni voir ni sentir. Il est produit lorsqu'un véhicule ou un appareil brûle un combustible tel que la gazoline, l'huile, le gaz naturel, le kérosène, le naphte, le propane ou le bois. Lorsque ceux-ci sont bien utilisés et entretenus, la quantité de CO produite ne présente généralement pas un danger pour la santé. Toutefois, le mauvais fonctionnement de ces véhicules ou appareils ou leur utilisation dans un endroit clos ou mal ventilé peut entraîner une intoxication au CO. En effet, plusieurs cas d'intoxication, dont certains entraînent le décès, surviennent chaque année au Québec.

Ses effets sur la santé

Une intoxication légère provoque des symptômes qui peuvent, surtout chez l'enfant, ressembler à ceux d'une grippe ou d'une gastro-entérite, tels que des nausées, des maux de tête et de la fatigue. Par contre, une intoxication sévère peut conduire rapidement à une perte de connaissance et éventuellement entraîner la mort, et ce, en quelques minutes seulement.

Voici les principaux symptômes pouvant être reliés à une intoxication :

Faible exposition :

mal de tête frontal, nausées, fatigue.

Exposition moyenne :

mal de tête frontal persistant avec sensation de battements, nausées, vertiges ou étourdissements, somnolence, vomissements, pouls rapide, baisse des réflexes et du jugement.

Exposition très importante :

faiblesse, évanouissement, convulsions, coma, décès.



* ou oxyde de carbone

Ses sources potentielles

Voici les principales sources de CO qui peuvent se retrouver à la maison, au chalet, au camp de pêche ou de chasse, dans une roulotte, une tente et même une remise :



Les véhicules à moteur :

automobile, camion, motocyclette, cyclomoteur, véhicule tout terrain, motoneige.



Les systèmes de chauffage :

à l'huile, au gaz naturel, au propane, au bois, bi-énergie.

Les appareils et outils :

poêle, chaufferette, foyer, réfrigérateur, barbecue (Hibachi), souffleuse, tondeuse, taille-haie, taille-pelouse, scie mécanique, pompe, compresseur, génératrice, lampe.





Les appareils fonctionnant uniquement à l'électricité ne produisent pas de CO.

Comment prévenir une intoxication au CO?

- **Installez dans la maison ou dans la roulotte un ou plusieurs avertisseurs de monoxyde de carbone dès qu'une source potentielle de CO y est présente :**
  - **vérifiez si les avertisseurs sont certifiés UL ou ULC 2034;***
  - **placez-les aux endroits recommandés par le fabricant;**
  - **vérifiez périodiquement la batterie, s'il y a lieu;**
  - **ne confondez pas l'avertisseur de CO avec le détecteur de fumée.**

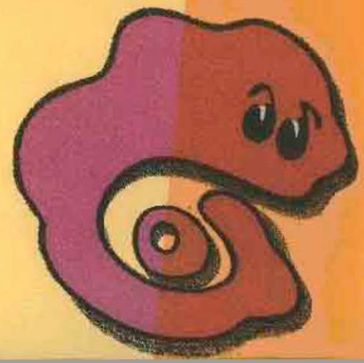




- Assurez-vous périodiquement du **bon état** de tous les appareils et outils fonctionnant au combustible et respectez les règles d'entretien et de sécurité apparaissant dans les manuels d'utilisation. Assurez-vous de leur **entretien** annuel par un personnel qualifié.
- Assurez-vous du bon état des **conduits d'évacuation** des gaz de la fournaise ou de la cheminée.
- Assurez-vous que la **cheminée** n'est pas obstruée par des nids d'oiseaux ou autres débris, ou par une accumulation de neige ou de glace.

* Peut avoir le sceau de l'Association Américaine du gaz.

- Faites **ramoner** périodiquement la cheminée.
- Utilisez les bons types d'appareils à **l'endroit approprié** : certains sont conçus uniquement pour une tente et d'autres pour un usage extérieur.
- Assurez une **entrée d'air** permanente ainsi que l'**évacuation** des produits de combustion à l'extérieur pour tout appareil fonctionnant au combustible.
- Assurez-vous que l'utilisation du ventilateur de la cuisinière, de la salle de bain et de l'échangeur d'air n'entraîne pas le **refoulement des gaz** de combustion à l'intérieur de la maison.
- Pour un **réfrigérateur** au propane, optez, de préférence, pour un nouveau modèle ventilé à l'extérieur et possédant un avertisseur de CO intégré.
- Si vous avez un appareil de chauffage à combustion, suivez les recommandations du **guide de vérification** ci-inclus.



Guide de vérification du système de chauffage



À conserver avec vos factures de combustible ou près de votre système de chauffage

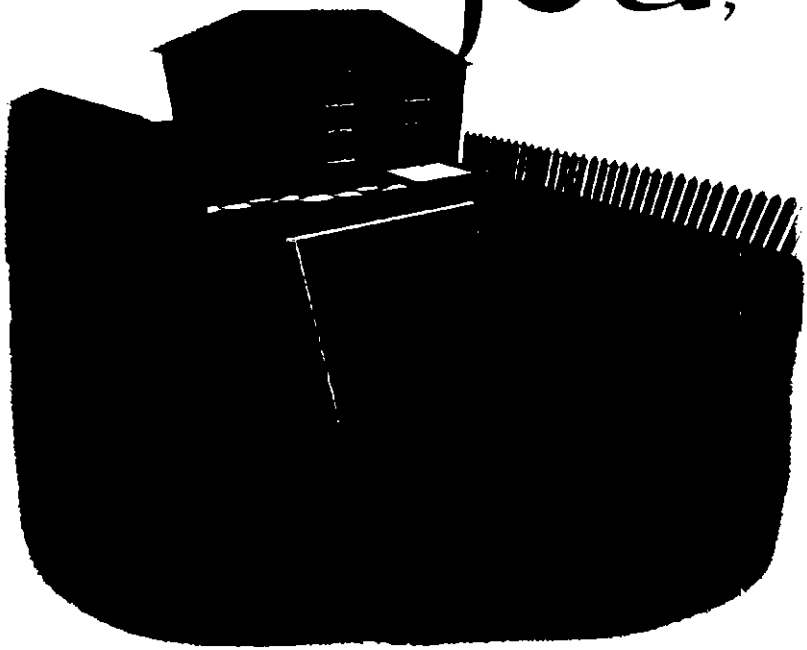
Pour prévenir toute intoxication :

- faites vérifier votre système de chauffage par un entrepreneur qualifié au moins une fois par année ou lors d'une modification ou du remplacement de ce système;
- assurez-vous que l'entrepreneur détient une licence appropriée, émise par la Régie du bâtiment du Québec, pour effectuer ces travaux adéquatement. Dans le cas des installations au propane, assurez-vous que le technicien détient un certificat de compétence en gaz émis par la Société québécoise de développement de la main-d'oeuvre.

Pour vérifier les qualifications d'un entrepreneur, contactez la Régie du bâtiment du Québec (1-800-361-0761) ou la Corporation des maîtres mécaniciens en tuyauterie du Québec (1-800-465-2668)

	Date			
Pour tout système de chauffage à combustion				
Votre entrepreneur devra :				
• vérifier l'étanchéité et la propreté de l'échangeur de chaleur de l'appareil;				
• s'assurer que l'appareil de combustion dispose d'un apport d'air suffisant à son bon fonctionnement. S'il est nécessaire d'ajouter une amenée d'air, ce conduit devra acheminer l'air librement et sans obstruer sa circulation;				
• vérifier l'étanchéité et la propreté du tuyau à fumée et de la cheminée.				
Pour tout système de chauffage au mazout (huile)				
Votre entrepreneur devra :				
• effectuer une analyse en combustion et mesurer la teneur en CO des gaz;				
• mesurer la température des gaz afin d'assurer un tirage adéquat de la cheminée;				

Les surfaces sous les appareils de jeu,



c'est important même à la maison

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE
Direction de la santé publique

Note importante

Les conseils proposés dans cette brochure concernent exclusivement la sécurité des aires de jeu domestiques ou résidentielles.

Pour les aires de jeu publiques ou commerciales, on contactera l'Association canadienne de normalisation (ACNOR).

Pour les cas d'aires de jeu en milieu de garde, veuillez communiquer avec le ministère de la Famille et de l'Enfance du Québec.

Ont contribué à la réalisation de cette brochure :

Dominique Lesage, agente de programmation
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Carole Lacasse, associée
Groupe Séguin, Lacasse, architectes paysagistes

Francine Armand, designer industriel
Service des parcs, jardins et espaces verts, Ville de Montréal

Malak Sidky, directrice de la recherche et du développement de programmes
SécuriJeunes Canada

Helen Houley Lavallée, traductrice
Les Traductions H.L.

Gilbert Gosselin, infographe

Pour plus d'information, veuillez communiquer avec Dominique Lesage, Direction de la santé publique de Montréal-Centre au (514) 528-2400 poste 3362.

© Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Tous droits réservés

Dépôt légal : 2e trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89494-187-0

Songez-vous à acquérir un appareil de jeu résidentiel ? Peut-être en avez-vous déjà un à la maison ? Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre de ces questions, l'information qui suit pourrait vous être fort utile...

Saviez-vous que :

• près des trois quarts des blessures qui surviennent sur les appareils de jeu résidentiels sont causées par une chute sur le sol.

• la présence d'une surface absorbante sous l'appareil est un moyen reconnu pour diminuer la gravité des blessures qui peuvent survenir suite à une chute sur le sol.

Malheureusement, la plupart des manuels d'instructions disponibles lors de l'achat des appareils de jeu ne contiennent aucune information quant au type de surface à installer sous l'appareil. Cette brochure tente de corriger cette lacune.

Les conseils proposés visent à prévenir ou à diminuer la gravité des blessures pouvant résulter d'une chute sur le sol. En l'absence de normes de sécurité sur les appareils de jeu résidentiels, nous nous sommes basés sur une connaissance pratique du domaine. Nous nous sommes aussi inspirés de la norme canadienne sur la sécurité des appareils de jeu publics de 1990.

1 Surface de protection sous l'appareil

• **Surfaces non sécuritaires**
Nombreux sont les parents qui installent leurs appareils de jeu résidentiels sur de la pelouse. Cette surface n'est cependant pas sécuritaire. Pourquoi ? Parce que la pelouse, lorsque soumise aux conditions environnementales que l'on connaît (gel du sol, sécheresse), se tasse perdant ainsi ses qualités d'amortissement. Notons que les risques de fractures et de blessures à la tête sont deux fois plus grands lorsque l'enfant chute sur du gazon plutôt que sur du sable ! Des surfaces en terre battue ou en asphalte sont encore plus fortement déconseillées.

- Surfaces sécuritaires

Les matériaux comme le **sable**, les **fibres de bois commercialisées à cet effet** et les **surfaces synthétiques à base de caoutchouc et/ou de polyuréthane** constituent de bonnes surfaces de protection puisqu'ils peuvent absorber l'énergie dissipée par une chute sur le sol. Il est recommandé d'installer une telle surface sous tout appareil de plus de 45 cm (18 pouces) de hauteur.

Dans ce document, nous ne parlerons que du sable qui est le matériau le plus accessible pour la majorité des parents. Nous suggérons d'utiliser **le sable à béton** qui est recommandé dans la norme canadienne sur la sécurité des appareils de jeu publics. Ce sable, dont les grains sont d'égale grosseur, ne se tasse pas. Il est disponible dans la plupart des centres de jardinage et quincailleries. Il ne faut pas confondre avec le sable à mortier qui se tasse et qui est habituellement utilisé dans les carrés de sable !

2 Épaisseur de la surface de protection

Il est recommandé d'installer une épaisseur de **30 cm (12 pouces)** de sable sous un appareil dont la **hauteur maximum accessible est de 1,8 m (6 pieds)**. Cette épaisseur est même souhaitable pour les appareils moins élevés puisqu'on s'assure ainsi d'avoir toujours un minimum de matériau au sol.

Lorsque la hauteur maximum accessible est de plus de 1,8 m (6 pieds), recherchez un matériau plus performant que le sable. Consultez des entreprises spécialisées dans la fourniture et l'installation de fibres de bois ou de surfaces synthétiques destinées aux appareils de jeu.

3 Dimension de la surface de protection

La **surface de protection** devrait couvrir un périmètre de **1,8 m (6 pieds) tout autour de votre appareil**. Toutefois, peu de résidences offrent assez d'espace pour satisfaire ce critère. Si tel est votre cas, faites en sorte que le périmètre de votre surface de protection soit assez grand pour accueillir votre enfant en cas de chute.

Aucun obstacle, comme des arbres, clôtures, bancs, ne devrait se trouver sur la surface de protection.

Lorsque l'appareil est mobile, on devrait trouver une aire adjacente à la surface de protection qu'on nomme **aire de circulation**. Un appareil est mobile lorsqu'il effectue un mouvement d'une certaine amplitude. Les balançoires sont des appareils de jeu mobiles.

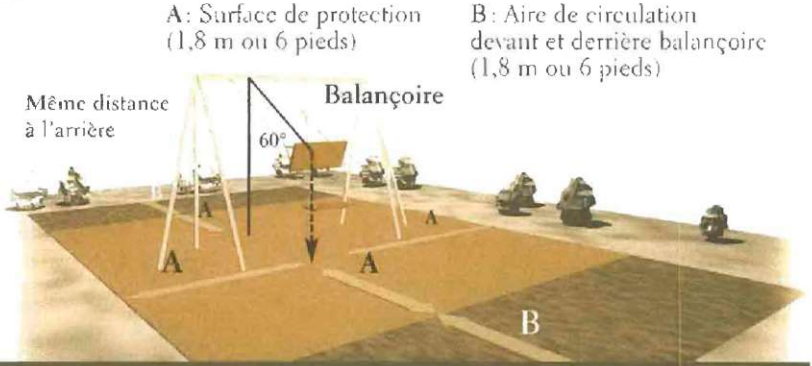
L'aire de circulation permet aux enfants de circuler autour de l'appareil sans risque de se faire frapper par de l'équipement en mouvement ou par les utilisateurs du jeu. Idéalement, l'aire de circulation devrait être de **1,8 m (6 pieds)**. Si votre terrain ne vous permet pas d'avoir un tel périmètre, assurez-vous qu'il y ait un minimum d'espace qui permet à l'enfant de circuler sans danger autour de l'appareil. Les **graphiques 1 et 2** illustrent comment mesurer les surfaces de protection et aires de circulation des balançoires et glissoires, appareils les plus couramment installés à domicile.

Il est à noter que l'aire de circulation de l'appareil de jeu mobile peut être en gazon puisqu'elle n'est pas destinée à amortir l'impact d'une chute sur le sol.

Graphique 1

Surface de protection et aire de circulation

Balançoire



Mesure de la surface de protection et de l'aire de circulation :
On doit d'abord donner un angle de 60 degrés au siège de la balançoire, puis, à partir de la projection de ce point au sol, commencer à mesurer la surface de protection. On mesure la surface de protection sur les côtés à partir du centre du siège adjacent à la charpente de la balançoire. De plus, comme on peut le constater sur le graphique, l'aire de circulation se retrouve à l'avant et à l'arrière de la balançoire.

Graphique 2

Surface de protection et aire de circulation

Glissoire

A : Surface de protection (1,8 m ou 6 pieds)

B : Aire de circulation devant la glissoire (1,8 m ou 6 pieds)



Si vous avez plusieurs appareils à installer, les principes de base suivants vous aideront à prévoir une distance suffisante entre vos appareils, qu'ils soient mobiles ou fixes (graphique 3).

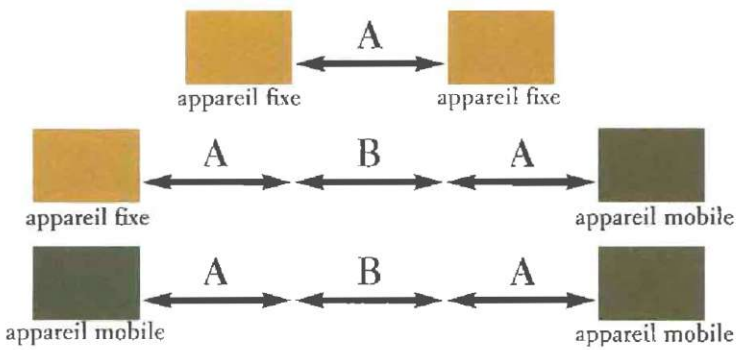
Graphique 3

Surface de protection et aire de circulation

Principes de base

A : Surface de protection (1,8 m ou 6 pieds)

B : Aire de circulation (1,8 m ou 6 pieds)



4 Ancrage de l'appareil sur la surface de protection

Lorsqu'on parle de surface, il est important d'aborder la question de **l'ancrage de l'appareil**. Pourquoi ? Parce qu'un appareil non ancré dans le sol risque de basculer sur votre enfant et de le blesser sérieusement. Par exemple, une balançoire non ancrée, dont les bancs sont en mouvement, peut basculer facilement vers l'avant ou l'arrière.

Le type d'ancrage utilisé variera selon le type d'appareil qu'on achète. En fait, il existe **trois types d'appareils de jeu résidentiels** que l'on retrouve sur le marché :

- *Les appareils autoportants*

Les appareils autoportants sont déposés sur le sol. **Ils ne nécessitent donc pas d'ancrage (voir graphique 4)**. Ils sont habituellement fait de **plastique**. On retrouve généralement dans cette catégorie, des structures de jeu destinées aux enfants d'âge préscolaire.

Toutefois, lorsque plusieurs enfants jouent en même temps sur l'appareil, il y a toujours un risque de basculement puisqu'il n'y a pas d'ancrage. La même situation peut survenir lorsque des enfants d'âge scolaire jouent sur ce type d'appareil : l'appareil n'étant pas conçu pour ce type d'utilisateurs, leur poids peut le faire chavirer. Il est donc important de bien vérifier, dans le guide d'utilisation du produit, le groupe d'âge auquel est destiné l'appareil ainsi que le nombre d'utilisateurs recommandé.

- *Les installations flottantes*

Ces appareils sont retenus en place par un **cadre au sol (voir graphique 4)**. On retrouve dans cette catégorie de nombreux appareils de jeu **en bois**.

- *Les appareils ancrés dans le sol*

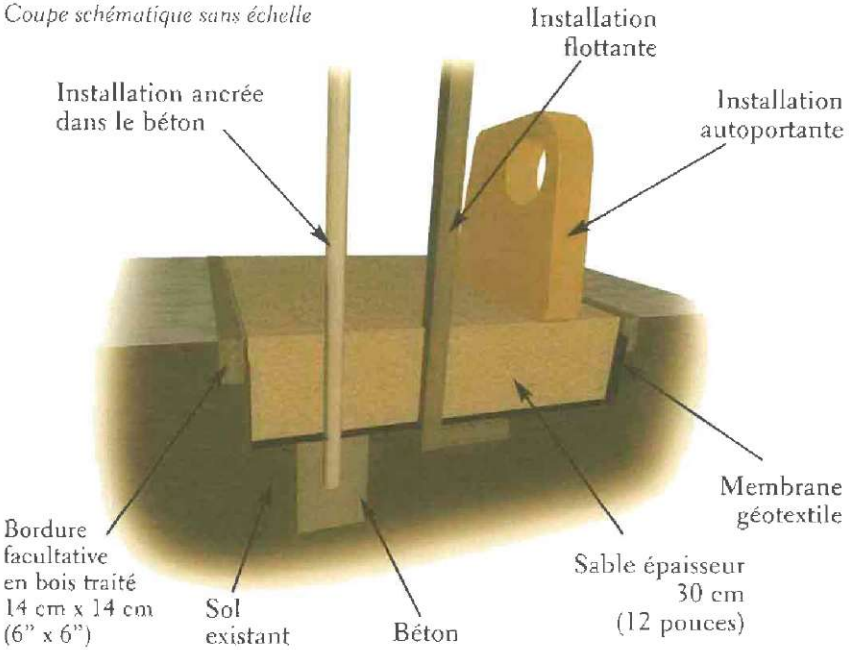
Ces appareils, généralement pourvus de poteaux d'acier ou d'aluminium, sont **ancrés dans du béton (voir graphique 4)**. Dans cette catégorie, on retrouve habituellement les **balançoires et/ou les glissoires de métal**.

Graphique 4

Ancrage de l'appareil

Surface en sable

Coupe schématique sans échelle



Note: On peut se procurer une membrane géotextile dans les centres de jardinage

5 Installation des surfaces de protection

Le graphique 4 illustre comment on doit installer la surface de protection, que l'on ait un appareil autoportant, une installation flottante ou un appareil ancré dans le sol.

6 Entretien de la surface de protection

Le fabricant de votre appareil recommande un entretien saisonnier de votre appareil. N'oubliez pas d'accorder la même attention à la surface sous l'appareil. Assurez-vous que cette dernière a toujours la profondeur adéquate et est bien propre (les chats affectionnent tout particulièrement le sable pour leurs besoins) en **l'inspectant plusieurs fois par mois**. Le sable peut se disperser suite à l'utilisation de l'appareil et se retrouver rapidement en quantité insuffisante.

7 Petits trucs pour installer au bon endroit votre appareil de jeu

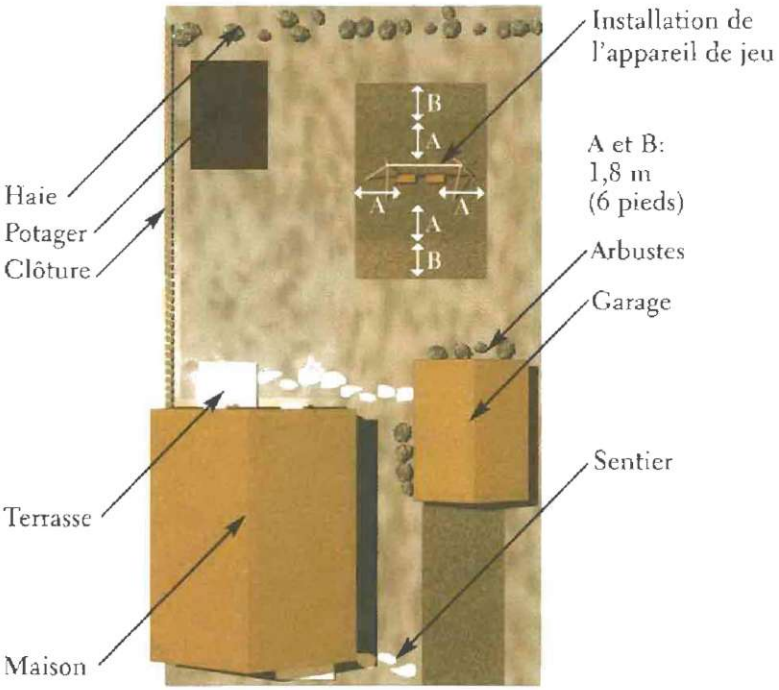
Pour vous aider à placer adéquatement votre appareil, exécuter un plan des conditions existantes de votre terrain (voir graphique 5), incluant les dimensions exactes du site ainsi que celles de tous les éléments construits et paysagers. Après avoir pris les mesures de l'appareil que vous comptez acheter, vous tenterez de lui trouver un endroit approprié sur le plan que vous aurez dessiné.

Évitez d'installer votre appareil à proximité d'une structure verticale (clôture, treillis, poteau, etc.) pouvant servir de tremplin à votre enfant.

Graphique 5

Plan

Exemple de terrain résidentiel



Choisissez un **endroit bien drainé** c'est-à-dire sans problèmes d'accumulation d'eau. Si votre terrain semble présenter un problème de drainage, n'hésitez pas à contacter des ressources spécialisées, tel un architecte paysagiste ou un spécialiste en drainage, pour régler ce problème. **Une surface de protection sécuritaire ne sera pas performante si elle se transforme en une flaque d'eau !**

De plus, lorsque l'installation de votre surface se fait en **sol argileux**, l'utilisation d'un **drain** s'avère essentielle puisqu'un tel sol n'absorbe pas l'eau. Le service d'urbanisme de votre municipalité saura vous préciser la nature du sol de votre secteur de résidence. Finalement, trouvez un emplacement de préférence à l'ombre en après-midi. Vos enfants ne seront pas en plein soleil et les composantes en métal de votre appareil ne seront pas brûlantes.

En conclusion

Une surface adéquate sous les appareils de jeu ne peut remplacer la **surveillance** que doivent effectuer les parents lorsque les enfants s'activent. Les jeunes enfants n'ont pas encore la perception des distances et de la vitesse des objets. Il est donc très important de veiller à ce qu'ils ne circulent pas trop près des appareils. Il n'est pas rare de voir un tout-petit entrer en collision avec un banc de balançoire en mouvement ou avec un enfant qui quitte une glissoire en courant !

Références bilbiographiques

ASSOCIATION CANADIENNE DE NORMALISATION. 1990. Guide sur les aires et l'équipement de jeu : Norme nationale du Canada CAN/CSA-Z614-M90. Toronto, Ont., Association canadienne de normalisation. 87 p.

LESAGE, D. 1994. Guide sur la sécurité des appareils et aires de jeu. Un guide de sensibilisation et d'information élaboré à l'intention des municipalités. Montréal, Qué , Unité de santé publique de l'Hôpital général de Montréal. 100 p.

Choose a **well-drained site**. In other words, pick an area where water does not accumulate. If your property appears to have a drainage problem, contact a specialist such as a landscape architect or a drainage specialist to solve the problem. **A protective surface will be useless if it turns into a pool of water.**

If you install the surface over **clay soil**, a **drain** is essential, because the clay does not absorb water. Your municipal urban planning department will be able to tell you the type of soil in your residential sector.

Also, try to position your piece of equipement so that it is in the shade in the afternoon. Your children will not be fully exposed to the sun, and the metal parts on the equipement will not overheat.

Finally

Even if you have a protective surface of adequate depth under your recreational equipment, it is very important to **watch your children** closely while they are playing.

Don't overestimate children. When they are young, their sense of distance and speed of objects is not properly developed. It is therefore very important to make sure that children are not moving too closely around the equipment. It is common to see children colliding with moving swing seats or with running children leaving a slide.

BIBLIOGRAPHY

CANADIAN STANDARD ASSOCIATION. 1990. A Guideline on Children's Playspaces and Equipment: A National Standard of Canada CAN/CSA Z614-M90. Toronto, Ont.: Canadian Standards Association. 87 pp.

LESAGE, D. 1994. Guide on the safety of children's playspaces and equipment. An awareness and information guide for municipalities. Montreal, Que.: Public Health Unit, Montreal General Hospital. 100 pp.

7 Advice on how to find the right site for your play equipment

Drawing a plan of the layout of your property will help you find the appropriate place for your equipment (see Figure 5). The plan should include the exact dimensions of the site, as well as the measurements of all structures and landscape features. After measuring the piece of equipment you plan to buy, try to find an appropriate place for it on the sketch you have drawn.

Avoid setting up your equipment near a vertical structure (fence, wire netting, pole, etc.) which your child could use to climb on or jump from.

Figure 5

Plan View

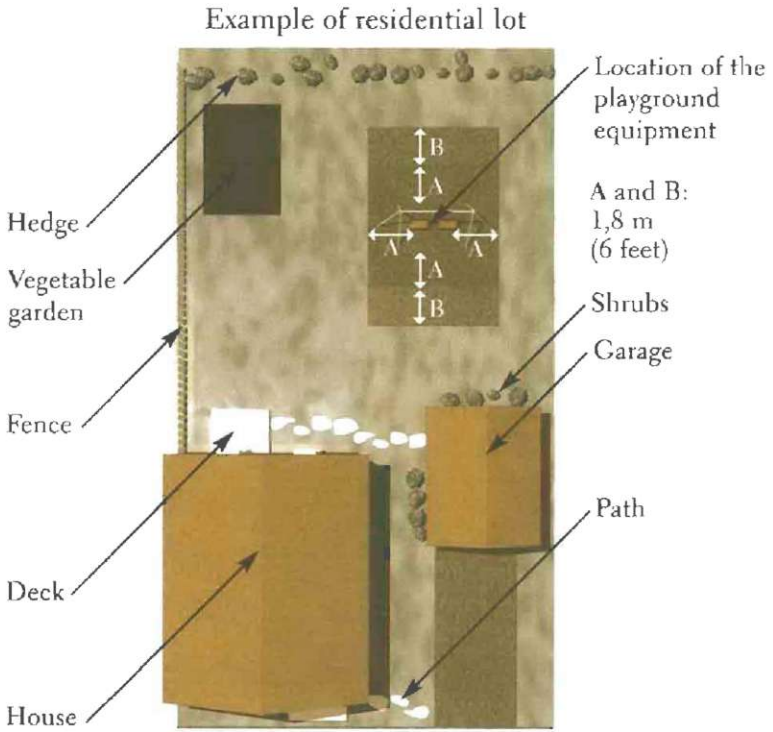
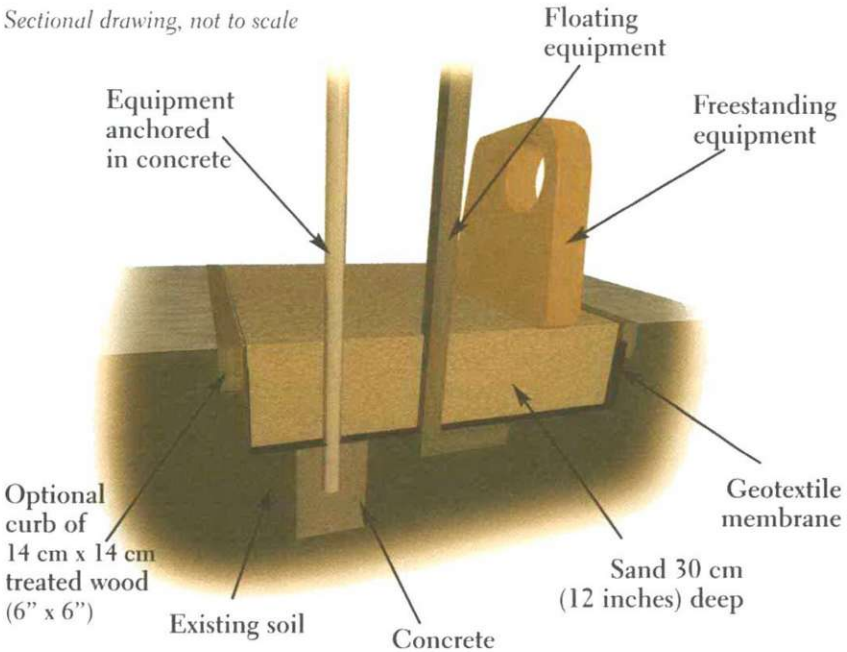


Figure 4

Anchoring equipment

Sand Surface

Sectional drawing, not to scale



P.S. A geotextile membrane may be obtained in most hardware stores or gardening centres

5 Installation of protective surfaces

Figure 4 illustrates how the protective surface is to be installed for freestanding and anchored pieces of equipment, as well as for floating equipment.

6 Maintenance of the surface protection

Manufacturers of these types of equipment recommend maintaining them seasonally. Don't forget to give the same care to the surface underneath the equipment. Inspect the surface **several times a month** to ensure that it is clean (cats love sand as a litter) and that the sand level is always appropriate. Sand can scatter after use, and quickly become insufficient.

4 Anchoring the equipment to the protective surface

When thinking about a surface, the question of **anchoring the device** onto a surface must be addressed. Why ? Because a piece of equipment that is not anchored to the ground may tip onto and seriously injure your child. For example, an unanchored swing when being used may easily tip forwards or backwards.

The type of anchoring used depends on the type of equipment bought. **Three types of home playground equipment** are available on the market:

- **Freestanding equipment**

Freestanding elements are placed on the ground. **They are not anchored** (see Figure 4) and are usually made out of **plastic**. This category usually includes structures intented for preschoolers.

However, because there is no anchoring, the danger of tipping remains when several children play on the equipment at the same time. The same is true when school aged children play on this type of equipment; since the equipment was not designed for older children, their weight will tip the equipment over.

It is therefore important to carefully check the User's Guide that came with your equipment to determine the age group and maximum number of users recommanded for your piece of equipment.

- **Floating equipment**

This equipment is held in place by a **frame resting on the ground** (see Figure 4). Several **wooden pieces of equipment** fall into this category.

- **Equipment anchored to the ground**

These pieces of equipment have steel or aluminum posts and are **anchored in cement** (see Figure 4). This category usually includes **metal swings and/or slides**.

Figure 2

Protective surface and non-encroachment zone

Slide

A: Protective surface (1,8 m or six feet)

B: Non-encroachment zone in front of slide (1,8 m or six feet)



If you have several pieces of equipment to install, apply the following basic principles to provide sufficient distance between the pieces of equipment, whether they are moving or stationary (see Figure 3).

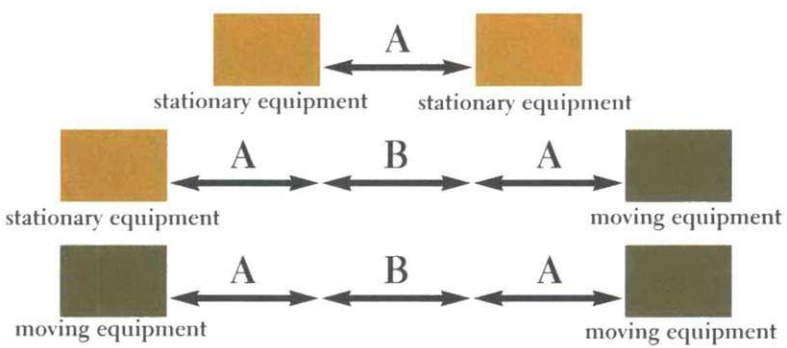
Figure 3

Protective surface and non-encroachment zone

Basic Principles

A: Protective surface (1,8 m or six feet)

B: Non-encroachment zone (1,8 m or six feet)



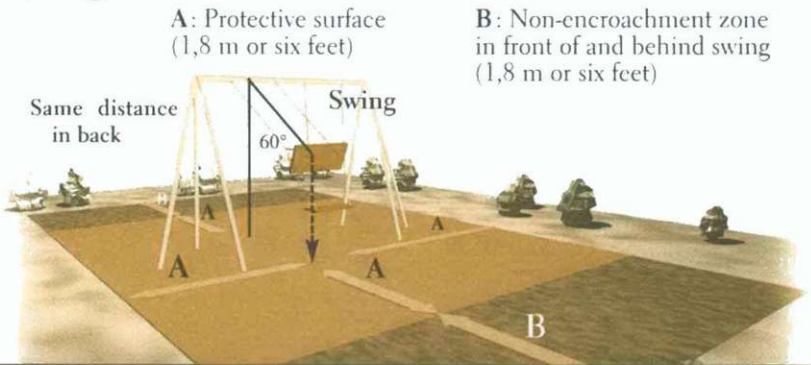
When the equipment moves, an area near the protective surface should be designated a **non-encroachment zone**. Equipment is called moving when it makes a motion of a certain amplitude. Swings are moving equipment. The non-encroachment zone will enable children to move about without being hit by the moving equipment or the people using it. Ideally, the non-encroachment zone should be **1.8 m (six feet)** wide. If your property is not large enough to provide that much space, ensure that there is a minimum amount of space that will enable the child to move around the equipment safely. **Figures 1 and 2** illustrate how to measure protective surfaces and non-encroachment zones for swings and slides, the equipment most commonly found in home playspaces.

It should be noted that the non-encroachment zone around moving equipment can be a lawn area, because it is not intended to cushion the impact of a fall to the ground .

Figure 1

Protective surface and non-encroachment zone

Swing



Measuring the Protective Surface and Non-Encroachment Zone: Carry the seat of the swing out to an angle of 60 degrees. Then project this point to the ground and begin measuring the protective surface. At the sides, the protective surface is measured from the centre of the seat beside the frame of the swing. As seen in the Figure above, the non-encroachment zones are in front of and behind the swing.

- **Safe surfaces**
  Materials such as **sand**, **wood fibres marketed as safe for playspaces, and plastic - and/or polyurethane-based synthetic surfaces** give good surface protection because they absorb the energy released by a fall to the ground. A protective surface is desirable under any play equipment that is 45 cm (18 inches) high and over.

  In this document, we will discuss only sand, because it is the material accessible to most parents. We suggest using **concrete sand**, which is recommended in the Guideline on Children's Playspaces and Equipment. This type of sand has even-sized particles and does not compact. It is available at most gardening centres and hardware stores. Be careful not to confuse it with masonry sand, which becomes compact and is usually used in sandboxes.

2 Depth of protective surface

We suggest putting in **300 cm (12 inches)** of sand under playground equipment with a **maximum accessible height of 1.8 m (six feet)**. That amount of sand is also desirable for lower pieces of equipment because it guarantees that there will be a minimum amount of material on the ground.

When the maximum accessible height is over 1.8 m (six feet), use a material that has better impact-absorbing properties than sand. Consult companies specialized in the supply and installation of wood fibres or synthetic surfaces intended for playground equipment.

3 Dimension of protective surface

The **protective surface** should extend all around the equipment and have a dimension of **1.8 m (six feet)**. Unfortunately, few homes have sufficient space to meet this standard. If that is your case, ensure that the protective surface area is large enough to accommodate a child who falls from the piece of equipment.

The protective surface should be clear of obstacles such as trees, fences or benches.

Are you thinking about getting a piece of home playground equipment ? Do you already have one ? If you answered Yes to either of these questions you may find the following information very useful.

Did you know that:

• nearly three-quarters of injuries on home playground equipment are caused by a fall

• installing an impact-absorbing surface under the equipment is a recognized way of reducing the seriousness of injuries from a fall to the ground

Unfortunately, most instruction manuals that come with the purchase of your play equipment contain no information on the type of surface to be installed under your equipment. The purpose of this brochure is to provide that information.

The advice given in this brochure is meant to prevent, or reduce the seriousness of injuries from a fall to the ground. Since no safety standards exist for home playground equipment, our advice is drawn from practical experience in the field, as well as on the 1990 Canadian Guideline on Children's Playspaces and Equipment.

1 Protective surface under equipment

• **Unsafe surfaces**
Many parents install their playground equipment on lawns. However, lawns are not safe surfaces. Why ? Because when lawns are subjected to our weather conditions (freezing, dryness), they lose their cushioning properties, and become compact. A child is twice as likely to suffer fractures and injuries to the head from falling onto the lawn than from falling onto sand! Earth and asphalt surfaces are even more strongly discouraged.

Important Note

The safety advice given in this brochure applies exclusively to home or residential playspaces.

For advice on the safety of public or commercial playspaces, contact the Canadian Standards Association (CSA).

With regard to playspaces in day-care centres, contact the ministère de la Famille et de l'Enfance du Québec.

The following have contributed to this publication:

Dominique Lesage, Planning and Programming Officer,
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Carole Lacasse, Associate,
Groupe Séguin, Lacasse, Landscape Architects

Francine Armand, Industrial Designer,
City of Montreal, Service des Parcs, Jardins et Espaces verts

Malak Sidky, Director of Research and Program Development,
SAFE KIDS CANADA

Helen Houley Lavallée,
Les traductions H.L.

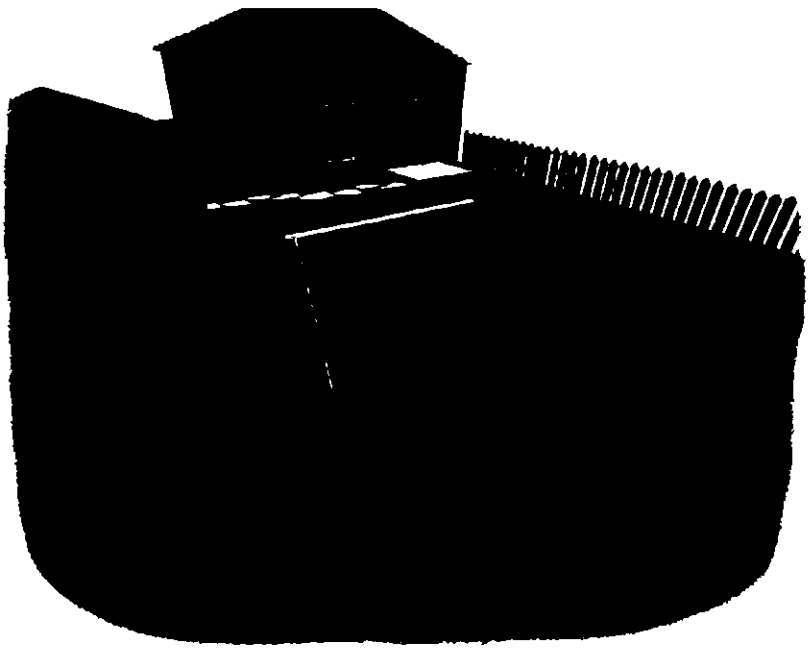
Gilbert Gosselin, Graphic designer

For futher information, please contact Dominique Lesage, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, at (514) 528-2400 ext. 3362.

© Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
All rights reserved

Legal deposit: 2nd quarter 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN: 2-89494-187-0

Protective surfaces under Playground Equipment

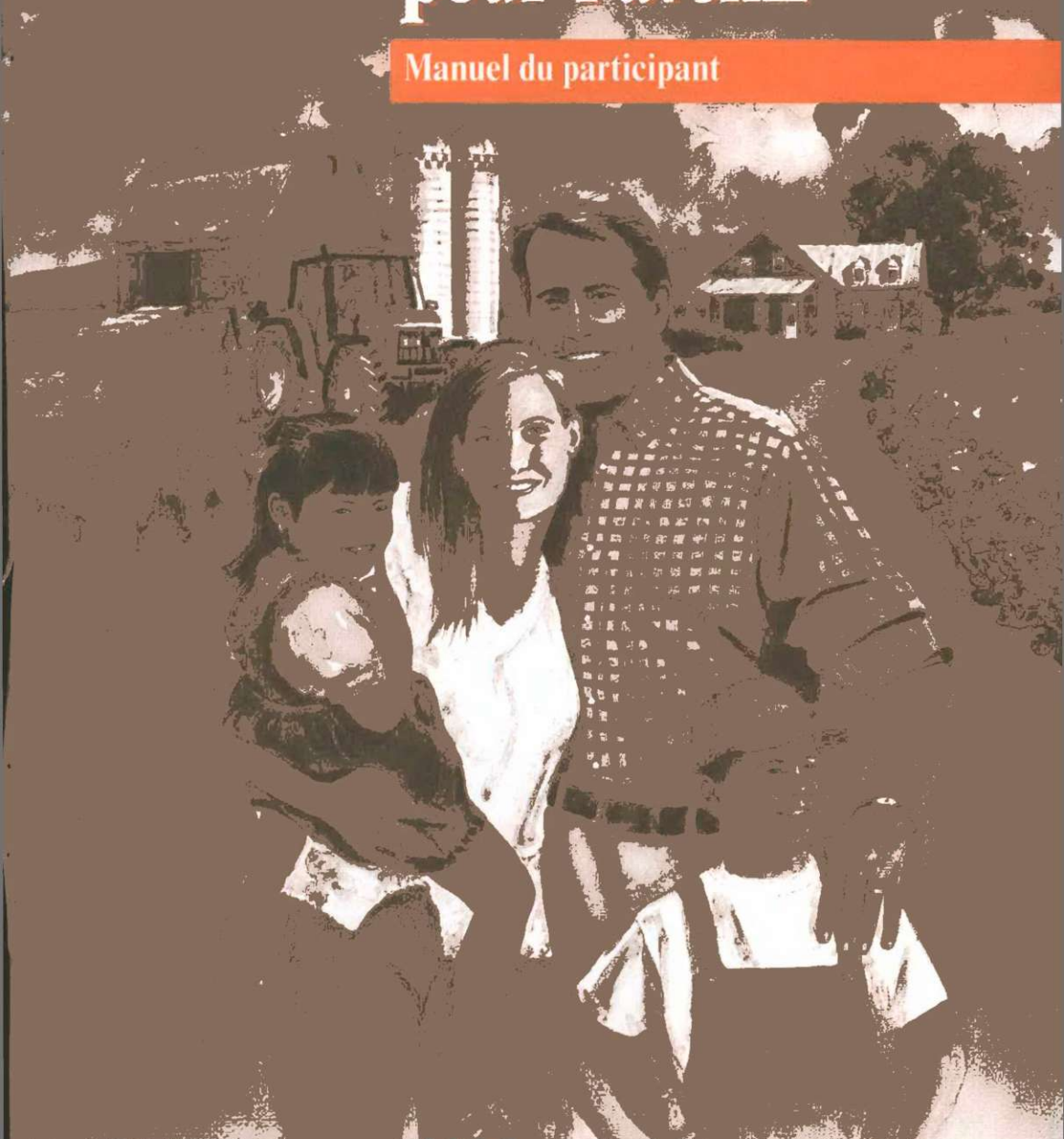


It's important even at home

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE
Direction de la santé publique

La sécurité des enfants à la ferme, un investissement pour l'avenir

Manuel du participant



CSST

UPA

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Rédaction
Claude Cloutier
Validation
Yves Brissette, Bernard Paquet,
André Éthier, François Fontaine,
Diane Gagné (CSST)
Benoît Gingras (MSSS),
Louise Paré (RRSSS, Chaudière-Appalaches)
Michel Lavoie (RRSSS, Québec)
Lucie Lacasse (UPA)
Révision linguistique
Danielle Brouard
Production
Direction des communications CSST
Claude Cloutier Communications
Illustrations
Ronald DuRepos
Édition électronique
Bernard Durret, Roland Bergerat
Prépresse
Grafix Studio

© Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 1999
ISBN 2-550-33979-7

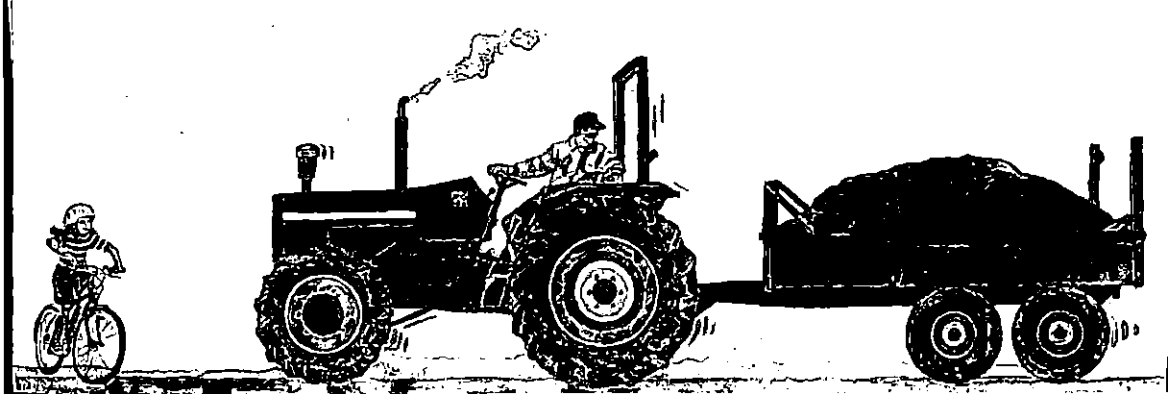
Bien qu'elle soit parfois un terrain de jeux fascinant et une école de vie extraordinaire, la ferme n'en présente pas moins des dangers réels pour les enfants qui y vivent et qui participent aux travaux agricoles. Chaque année, dans les fermes du Québec, de nombreux enfants et adolescents meurent ou subissent de graves blessures, sans compter tous les accidents évités de justesse.

On se croit à l'abri du danger, mais l'est-on vraiment ? Une étude menée récemment auprès du grand public a démontré que la majorité des parents sous-estiment les dangers auxquels sont exposés leurs enfants tout comme ils surestiment les capacités de ceux-ci à agir de manière sécuritaire. Dans un tel contexte, il apparaît donc essentiel d'apprendre à bien connaître les dangers présents sur la ferme, à bien évaluer les limites des enfants en matière de sécurité et à prendre les moyens nécessaires pour assurer leur sécurité.

Dans les pages qui suivent, nous passerons en revue les principales causes de décès et de blessures qui surviennent aux enfants vivant ou travaillant sur une ferme.

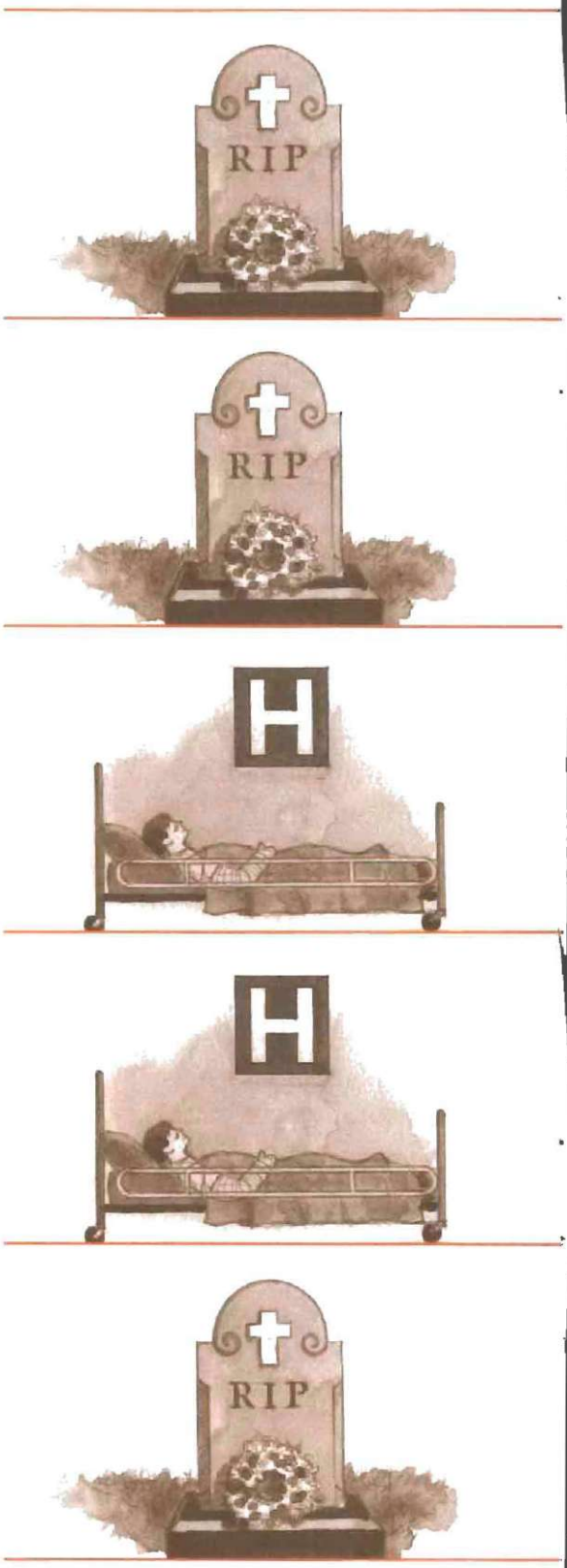
À l'aide d'exemples concrets, nous tenterons de comprendre les diverses circonstances pouvant être à l'origine d'accidents parfois mortels. Nous discuterons ensuite des meilleurs moyens à prendre pour éviter les accidents. À cet égard, on trouvera à la fin de ce manuel une fiche de prévention spécialement conçue pour vous aider à bien évaluer les risques présents sur la ferme et à bien identifier les moyens de prévention à mettre en place.

Élever ses enfants sur la ferme en toute sécurité tout en leur permettant de développer leurs habiletés au travail représente un défi qui n'est pas toujours facile à relever. Par l'information et les différents exercices qu'il contient, ce manuel vous aidera à identifier vos propres solutions à ce problème. Après tout, vous êtes les mieux placés pour assurer la sécurité de vos enfants.

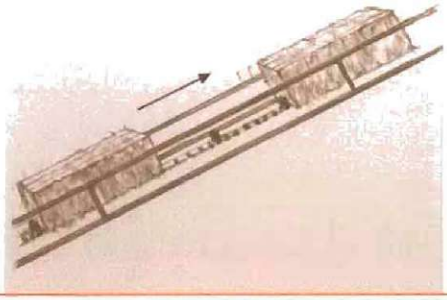


Des chiffres qui font réfléchir

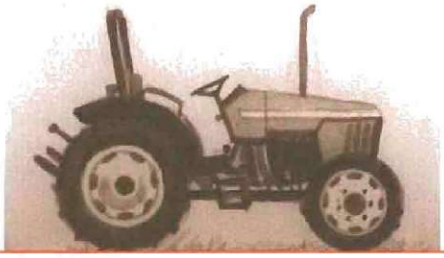
À l'heure actuelle, près de 30% du total des décès et des blessures en milieu agricole touchent des enfants de moins de 14 ans. Quand on tient compte du fait que les enfants passent moins de temps sur la ferme que les adultes, il est logique de conclure que le risque d'accident chez les enfants à la ferme est très élevé.



80 % des décès d'enfants de moins de 14 ans en milieu agricole sont causés par la machinerie.



50 % des décès d'enfants reliés à une machine agricole impliquent un tracteur.



50 % des enfants hospitalisés pour des blessures survenues en milieu agricole ont eu un membre coincé ou heurté par de la machinerie.



30 % des hospitalisations pour blessures reliées à la machinerie agricole impliquent un tracteur.



80 % des enfants de moins de 6 ans décédés en milieu agricole accompagnaient un adulte sur son lieu de travail au moment du décès.



Des circonstances dramatiques qui se définissent en quelques mots

Comme nous l'indique le tableau précédent, la machinerie agricole, et plus particulièrement le tracteur, est la grande responsable des décès et des blessures chez les enfants à la ferme. Les circonstances entourant la plupart de ces accidents pourraient, quant à elles, se définir en quelques mots.

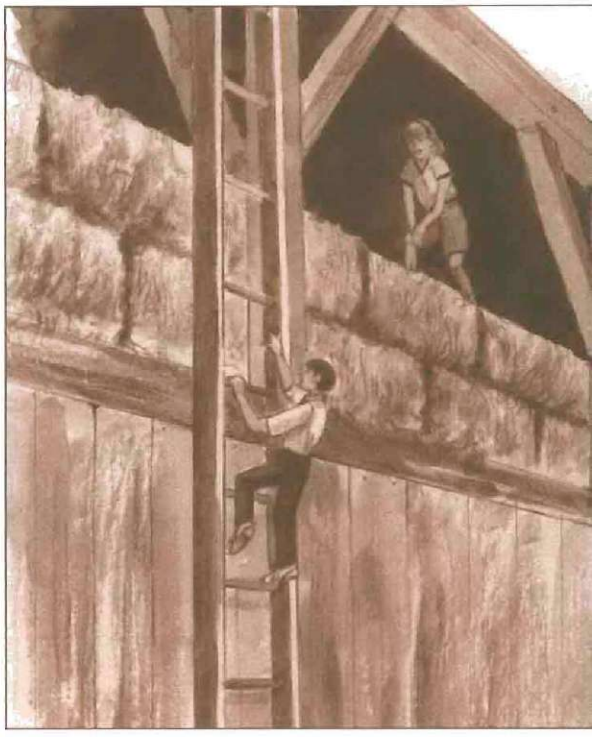
Écrasé ou heurté... par un tracteur, une remorque, un véhicule tout-terrain ou toute autre machine agricole. La plupart du temps, la victime est projetée sur le sol avant d'être écrasée mortellement sous les roues du véhicule où elle était montée comme passagère.

Coincé ou entraîné... dans une prise de force, une vis sans fin, un convoyeur, une courroie ou toute autre pièce en mouvement non protégée. Porter des vêtements qui peuvent être happés ou tout simplement s'approcher de trop près comptent parmi les gestes qui sont à l'origine de ces accidents aux séquelles souvent très graves.

Tombé ou glissé... du haut du chargement d'une remorque, d'un amoncellement de balles de foin ou encore dans une fosse. Ces accidents se sont produits le plus souvent alors que l'enfant accompagnait un adulte à son travail ou tout simplement alors qu'il jouait sur les lieux de travail de l'adulte.

Observez les illustrations suivantes et identifiez pour chacune d'elles la ou les situations à risque.







« Maintenant je réalise que c'était dangereux ! »

C'est le bien triste constat que font sans doute la plupart des parents qui doivent vivre avec la douleur de perdre un enfant ou de le voir estropié pour la vie. Voici l'histoire réelle de quelques-uns d'entre eux qui souhaitent très certainement que personne d'autre ne connaisse un tel chagrin.

Blessé grièvement en jouant dans la cour

Un enfant de deux ans jouait dans la cour quand il a été heurté et écrasé par une remorque chargée de foin tirée par un tracteur que conduisait sa sœur.

Écrasé mortellement sous un VTT

Un enfant âgé de huit ans conduisait un véhicule tout-terrain sur la ferme de ses parents. Une dénivellation lui a fait perdre le contrôle du véhicule qui a basculé sur lui en l'écrasant mortellement.

Entraîné à cause de ses vêtements

Les vêtements d'un adolescent de treize ans se sont pris dans une vis sans fin servant à vider la voiture à grain. En tentant de se dégager, celui-ci s'est infligé de multiples fractures aux deux bras.

Des équipements «dangereux»

Attention, n'oubliez pas que la majorité des parents ont tendance à sous-estimer les dangers auxquels sont exposés les enfants !

En matière de prévention, le bon sens le dit, le premier pas à franchir est de bien identifier les dangers présents sur la ferme. Parmi ceux-ci, les dangers reliés aux équipements figurent en première place. Pour un adulte comme pour un enfant, chaque machine comporte ses dangers et il importe d'en prendre pleinement conscience.

Selon vous, parmi les machines utilisées en agriculture, quelles sont celles qui sont les plus fréquemment responsables des blessures chez les enfants à la ferme ?

Classez les machines suivantes par ordre d'importance, de la plus fréquemment responsable (1) à la moins fréquemment responsable (5).

ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS	
Type de machinerie	Fréquence d'implication dans les blessures chez les enfants de moins de 6 ans*
Tracteur	
Remorque à foin	
Tracteur tondeuse	
Moissonneuse-batteuse	
Monte-balles	
ENFANTS DE SIX À QUATORZE ANS	
Type de machinerie	Fréquence d'implication dans les blessures chez les enfants de 6 à 14 ans*
Remorque à foin	
Monte-balles	
Broyeur à grain	
Tracteur	
Moissonneuse-batteuse	

*Réponses en annexe

Des tâches adaptées à l'âge des enfants



Il faut beaucoup de patience et de persévérance pour entraîner des jeunes au travail agricole. Tous les parents qui ont à cœur de donner une bonne éducation à leurs enfants le savent : il faut répéter souvent les instructions propres à chaque tâche ou à chaque équipement, être très ferme sur les règles de sécurité à respecter et, surtout, faire soi-même ce que l'on prêche. C'est ainsi que les enfants pourront développer leurs habiletés au travail agricole et acquérir de l'expérience tout en minimisant les dangers.

Avant toute chose, cependant, il convient d'être réaliste quand vient le temps de confier une tâche à un enfant. Chaque enfant est unique et chaque âge a ses propres caractéristiques et il est important d'en tenir compte.

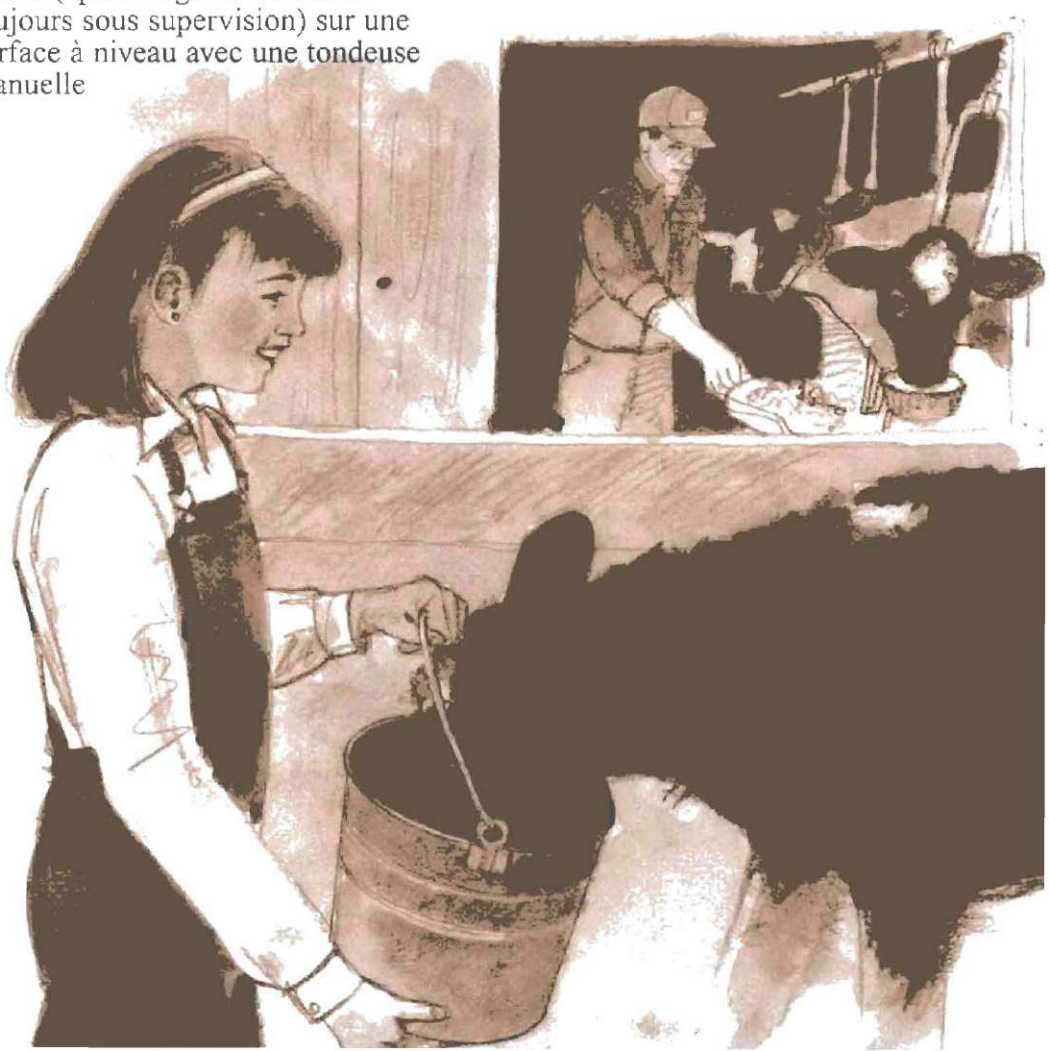
Les pages qui suivent proposent des travaux appropriés à leur groupe d'âge. On trouvera également, en annexe, un tableau des principales caractéristiques propres à chaque stade du développement des enfants.[1]

1. Données tirées d'un résumé des travaux du Dr Richard Clark de l'Ohio State University produit par la Farm Safety Association dans son bulletin intitulé *Sur la ferme, les enfants courent toujours un risque*, n°. F-018, Mars 1995, Guelph, Ontario.

Tâches appropriées aux enfants de 6 à 11 ans

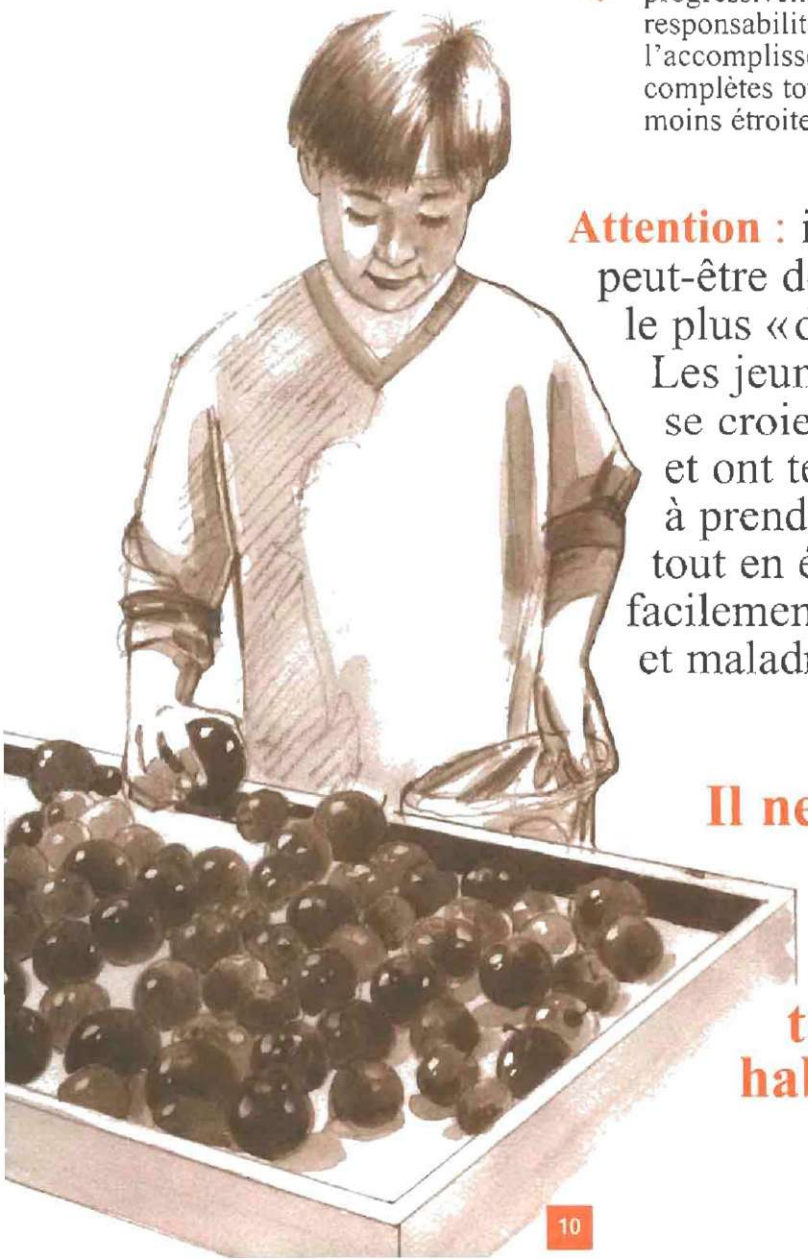
Exemples de travaux : nourrir les animaux sous supervision; nettoyer; effectuer des travaux dans la cour et le jardin tels que sarclage, arrosage, cueillette, raclage, creusage, tonte du gazon (après l'âge de 10 ans et toujours sous supervision) sur une surface à niveau avec une tondeuse manuelle

- tâches de courte durée n'exigeant pas une bonne coordination manuelle-visuelle;
- supervision constante et instructions verbales toujours accompagnées d'une démonstration;
- tâches n'exigeant pas de précision, une grande qualité d'exécution ou encore d'être totalement complétées;
- maniement d'outils manuels en évitant absolument l'utilisation d'outils électriques;
- tâches demandant le triage de matériaux ou d'objets.



Travaux appropriés aux adolescents de 12 à 14 ans

- utilisation limitée d'outils mécaniques et électriques tout en assurant une supervision constante;
- travaux nécessitant l'utilisation d'outils manuels, de préférence;
- initiation progressive à des tâches exigeant surtout des efforts physiques et à des travaux où les risques sont peu élevés;
- incitation à prendre progressivement plus de responsabilités dans l'accomplissement de tâches complètes tout en supervisant moins étroitement.



Attention : il s'agit là peut-être de l'âge le plus «dangereux». Les jeunes de cet âge se croient invincibles et ont tendance à prendre des risques tout en étant facilement distraits et maladroits.

Il ne faut surtout pas confondre taille et habileté !

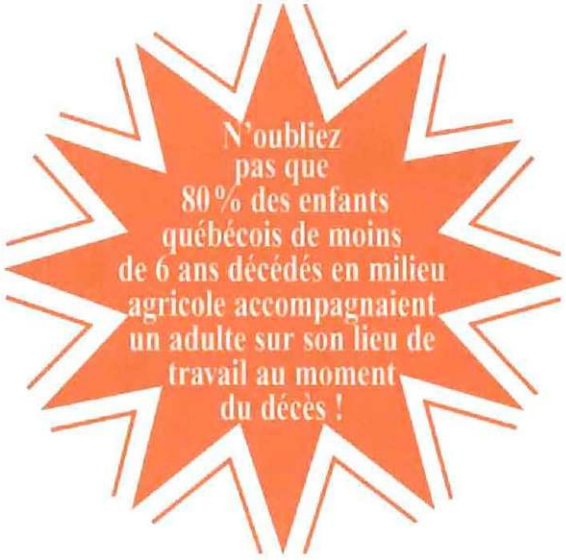
Travaux appropriés aux adolescents de 15 à 18 ans

- initiation progressive aux tâches d'adultes;
- acquisition de l'expérience sous la supervision d'un adulte (lors du maniement d'équipements ou de travaux d'entretien par exemple);
- augmentation graduelle du niveau de complexité des tâches suivant l'expérience acquise;
- éviter de donner le «vieil équipement» aux adolescents en gardant l'équipement neuf pour les parents; le vieil équipement peut être difficile à manier et comporter moins de dispositifs de sécurité.

Attention : il faut toujours se rappeler que le sentiment d'immortalité peut inciter les adolescents à prendre des risques et les amener à «pousser» l'équipement au-delà des limites de la sécurité.



Une attention toute particulière pour les tout petits



Avoir ses enfants près de soi et s'en occuper est un désir bien légitime. Cependant, les statistiques le disent très clairement : la présence des tout petits dans une zone de travail est hautement risquée. L'expérience démontre en effet qu'il n'est pas suffisant de dire à un bambin de «rester loin». Vouloir s'approcher de papa, de maman ou de sa grande sœur qui travaillent est un réflexe normal pour un enfant d'âge préscolaire. Tout comme le sont sa très grande curiosité et sa très grande propension à toucher tout ce qui attire son attention.

Voici ce qu'un spécialiste[1] a observé à propos du développement mental et physique des enfants de moins de 6 ans :

- **développement très rapide et début du développement des capacités motrices;**
- **problèmes d'équilibre, maladresse, lenteur de réaction;**
- **incapacité d'évaluer correctement la vitesse, la force, l'accélération, la distance ou la localisation;**
- **incapacité de mémoriser des règles; capacité maximale d'attention de dix minutes;**
- **détermination et impulsivité, ne pense pas avant d'agir;**
- **grande curiosité, ne connaît pas la peur du danger.**

Surveiller un enfant d'âge préscolaire demande donc une attention de tous les instants. Dans ces conditions, on comprendra facilement qu'il est très difficile, voire même impossible, de surveiller adéquatement un enfant de cet âge tout en travaillant.

1. Données tirées d'un résumé des travaux du Dr Richard Clark de l'Ohio State University produit par la Farm Safety Association dans son bulletin intitulé *Sur la ferme, les enfants courent toujours un risque*, n°. F-018, Mars 1995, Guelph, Ontario.

Quelques trucs de garde

La garde des enfants est souvent un problème pour les jeunes familles vivant sur une ferme.

De nos jours, il arrive souvent qu'un des parents (ou les deux) ait un emploi à l'extérieur, sans compter les moments où les deux parents doivent travailler ensemble aux champs ou ailleurs.

Pour chacun des trucs suivants, dont quelques-uns ont été mis au point par d'autres familles, donnez une cote d'appréciation selon que vous seriez favorable [1] ; moins favorable [2] ; peu favorable [3] ; pas du tout favorable [4] :

- ☐ **organiser avec d'autres parents en milieu agricole un service de garde en rotation ;**
- ☐ **mettre sur pied un endroit sécuritaire, un espace de jeu clôturé près de la maison par exemple, où vous pourriez isoler les enfants pendant que vous effectuez des travaux qui vous permettent de jeter quand même un œil sur eux tout en travaillant ;**
- ☐ **embaucher une gardienne ou une étudiante à domicile pour surveiller les enfants quelques heures par semaine ;**
- ☐ **demander de l'aide à des membres de votre parenté qui ne prennent pas part aux travaux agricoles (grands-parents, oncles, tantes, etc.) ;**
- ☐ **mettre sur pied une pré-maternelle (deux demi-journées par semaine) avec transport inclus ;**
- ☐ **autres idées.**

Inscrivez les difficultés ou contraintes que vous avez éprouvées dans la surveillance des jeunes enfants durant votre travail.

LISTE DE VÉRIFICATIONS PRÉVENTIVES

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS		
À FAIRE	**FAIT LE**	**REMARQUES**
Aménager un entrepôt fermé pour les pesticides et autres produits toxiques.		
Rendre l'accès aux échelles fixes hors de la portée des enfants.		
S'assurer que les objets ou outils dangereux sont hors de la portée des enfants.		
Clôturer les structures d'entreposage des fumiers, les étangs et tout autre bassin.		

AIDE-MÉMOIRE QUOTIDIEN

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS

Ne jamais prendre de passager sur les machines agricoles.

Retirer la clé de contact lorsque les tracteurs ou les autres machines sont à l'arrêt.

Ne pas permettre aux enfants de jouer avec de la machinerie.

Prévoir des activités tout aussi passionnantes qui tiendront les jeunes enfants éloignés des aires de travail.

Prévoir la supervision par un adulte pour toutes les activités des enfants.

Après usage, entreposer les pesticides et autres produits toxiques dans leur contenant d'origine dans un entrepôt fermé.

Se procurer des produits dont l'emballage est muni de bouchons sécuritaires.

LISTE DE VÉRIFICATIONS PRÉVENTIVES

ENFANTS DE 6 À 14 ANS		
À FAIRE	**FAIT LE**	**REMARQUES**
Aménager un entrepôt fermé pour les pesticides et autres produits toxiques.		
Rendre l'accès aux échelles fixes hors de la portée des enfants.		
S'assurer que les objets ou outils dangereux sont hors de la portée des enfants.		
Clôturer les structures d'entreposage des fumiers, les étangs et tout autre bassin.		

AIDE-MÉMOIRE QUOTIDIEN

ENFANTS DE 6 À 14 ANS

S'assurer que les jeunes qui ne participent pas aux tâches se tiennent éloignés des machines agricoles.

Ne jamais prendre de passager sur les machines agricoles.

Retirer la clé de contact lorsque les tracteurs ou les autres machines sont à l'arrêt.

Assigner une tâche appropriée à l'âge.

Informer les jeunes des rudiments de la sécurité.

Tenir les jeunes au courant des activités agricoles en cours.

Après usage, entreposer les pesticides et autres produits toxiques dans leur contenant d'origine dans un entrepôt fermé.



Caractéristiques du développement d'un enfant de 6 à 11 ans[1]

- phase de croissance à la fois lente et continue où les enfants apprennent à se servir de leurs muscles;
- mauvaise coordination visuelle/manuelle s'améliorant lentement avec l'âge et la pratique;
- périodes d'énergie intense suivies rapidement par de la fatigue;
- volonté d'essayer de maîtriser les tâches plus complexes;
- développement lent de la mémoire et de l'habileté à comprendre les notions de localisation, de distance, de poids, de force, de vitesse et d'accélération;
- sentiment de détenir de plus grandes habiletés physiques et cognitives que celles possédées en réalité;
- capacité d'attention de 12 à 14 minutes;
- incapacité d'abstraction : fonctionnement à partir de faits concrets et besoin que les instructions verbales soient accompagnées de démonstrations sur la façon de réaliser chaque tâche;
- développement de l'habileté à faire le triage à partir de caractéristiques semblables;
- volonté d'accompagner les adultes, de mettre à l'épreuve leurs habiletés et d'essayer de nouvelles tâches;
- absence du sens des responsabilités, difficulté à compléter de façon satisfaisante la tâche assignée.

Réponses de l'exercice de la page 7 :
Questionnaire «Enfants de moins de 6 ans» : 1, 2, 4, 5, 3
Questionnaire «Enfants de 6 à 14 ans» : 3, 2, 4, 1, 5

Caractéristiques du développement d'un adolescent de 12 à 14 ans[1]

- problèmes de maladresse et de coordination accompagnés d'une croissance rapide;
- maîtrise des notions de mouvement et de direction;
- développement des capacités d'abstraction : compréhension des instructions verbales sans démonstration et capacité d'appliquer l'expérience acquise à l'exécution de nouveaux travaux;
- sentiment d'immortalité : «les accidents n'arrivent qu'aux autres»;
- envie de tester les limites de leurs habiletés physiques : incompréhension que la taille ne peut pas remplacer le jugement et l'expérience;
- égocentrisme pouvant représenter, dans certains cas, un danger pour les personnes travaillant dans leur entourage;
- agressivité, propension à prendre des risques et attitude rebelle envers leurs parents;
- propension à accomplir les tâches à la hâte pour se consacrer à d'autres activités.

Caractéristiques du développement d'un adolescent de 15 à 18 ans[1]

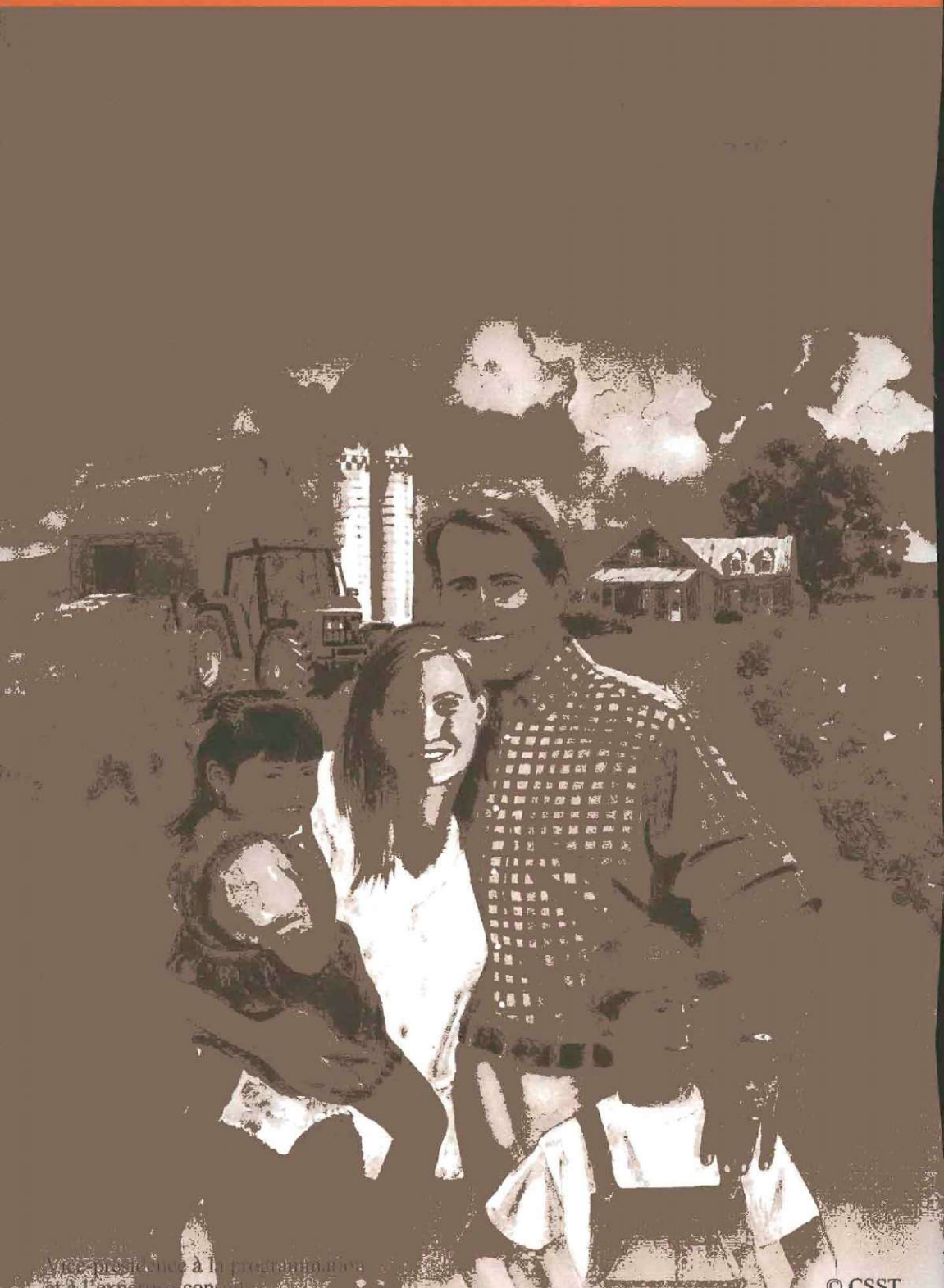
- maîtrise complète de tous les muscles et adresse de plus en plus grande;
- habiletés accrues par la pratique et l'expérience;
- capacité d'abstraction permettant de comprendre les instructions verbales sans démonstration;
- capacité de généraliser et d'employer des habiletés acquises lors d'autres travaux;
- capacité de réfléchir et de faire des projections et conséquences pour l'avenir;
- persistance du sentiment d'immortalité;
- sentiment que la taille et l'âge peuvent se substituer à l'expérience et à l'habileté;
- insubordination, propension à prendre des risques et agressivité;
- propension à accomplir la tâche à la hâte au profit d'autres intérêts;
- comportement changeant : adulte à un moment donné et enfant quelques minutes plus tard.

1. Données tirées d'un résumé des travaux du Dr Richard Clark de l'Ohio State University produit par la Farm Safety Association dans son bulletin intitulé *Sur la ferme, les enfants courent toujours un risque*, n°. F-018, Mars 1995, Guelph, Ontario

Notes

Notes

Notes



Vice-présidence à la prévention-inspection
et à l'expertise-conseil
Direction de la prévention-inspection

© CSST
DC 300-413 (99-01)

Gouvernement du Québec

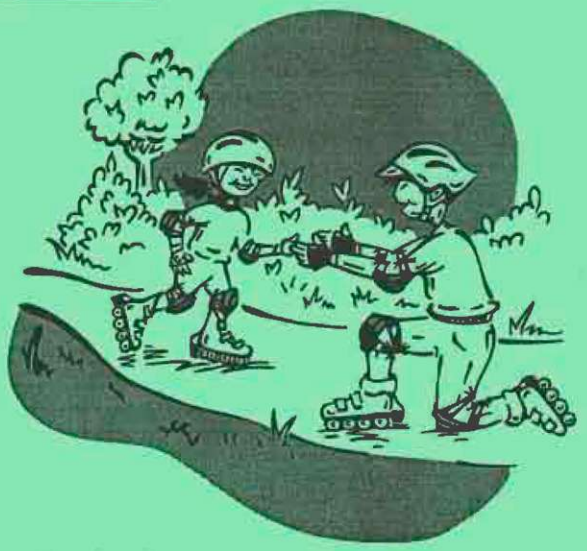
Agriculture et Agroalimentaire Canada

Canadian Coalition for Agricultural Safety and Rural Health
Coalition canadienne pour la sécurité agricole et la santé rurale

Santé Canada Health Canada

Le patin à roues alignées et la planche à roulettes

Le patin à roues alignées et la planche à roulettes sont des activités populaires. **Soyez prudent!** Ces activités comportent des risques de blessures sérieuses à la tête, aux bras et aux jambes. Soyez prévoyant; portez l'équipement approprié et amusez-vous en toute sécurité. Les conseils suivants assureront la sécurité de tous.



Conseils de sécurité

- Toujours surveiller les jeunes enfants.
- Assurez-vous que l'équipement soit toujours en bon état et bien ajusté.
- Portez toujours un casque protecteur et remplacez-le tous les deux ou trois ans ou après un impact majeur (un choc ou un coup).
- Des protège-poignets aideront à prévenir les fractures en cas de chute.
- Les coupures et les écorchures peuvent être évitées en portant des protège-coudes et des genouillères.
- Enseignez aux enfants à choisir un endroit sûr, c'est-à-dire, un lieu éloigné de la circulation automobile où l'on trouve une surface lisse.



Montrez l'exemple en suivant ces règles :

- Apprenez et montrez comment **contrôler sa vitesse et s'arrêter**.
- Ne portez pas d'écouteurs.
- Ne pratiquez pas ces activités la nuit ou sur des surfaces mouillées.
- **SOYEZ VIGILANT!** Regardez droit devant au cas où il y aurait d'autres personnes ou des voitures et aussi pour éviter des accidents causés par des fentes, des roches, etc.
- Respectez les autres personnes sur la piste.

Pour plus d'information, communiquez avec le Bureau de la sécurité des produits de Santé Canada :

Vancouver, Colombie-Britannique (604) 666-5003
Edmonton, Alberta (780) 495-2626
Calgary, Alberta (403) 292-4677
Saskatoon, Saskatchewan (306) 975-4502
Winnipeg, Manitoba (204) 983-5490
Hamilton, Ontario (905) 572-2845
Toronto, Ontario (416) 973-4705
Ottawa, Ontario (613) 952-1014
Montréal, Québec (514) 283-5488
Québec, Québec (418) 648-4327
Moncton, Nouveau-Brunswick (506) 851-6638
Dartmouth, Nouvelle-Écosse (902) 426-8300
St. John's, Terre-Neuve (709) 772-4050

http://www.hc-sc.gc.ca/psb

Pour commander d'autres copies : par téléphone **(613) 954-0609**, par télécopieur **(613) 941-8632**, par courrier électronique : **eh_publishing@hc-sc.gc.ca**

Cat. H46-2/00-242F

ISBN 0-662-84845-4

English version available.

Canada

Ce document peut être photocopié.

octobre 2000

Santé Canada Health Canada

Les allume-barbecue sont dangereux pour les enfants!

Les allume-barbecue sont utilisés pour allumer les barbecues, les feux de camp, les foyers, les poêles à bois et les chandelles. Ils sont faciles à utiliser à la maison et faciles à emporter avec vous lorsque vous allez faire du camping.

Les allume-barbecue sont aussi appelés :

- allume-feu, ou
- allume-feu à usages multiples.

Les allume-barbecue sont faits pour être utilisés par les adultes.
Les allume-barbecue sont TRÈS dangereux pour les enfants.

Ils sont faciles à utiliser pour les enfants.
Même un très jeune enfant peut deviner comment les faire fonctionner.
Les allume-barbecue ne sont pas des jouets!



Conseils de sécurité



- Gardez tous les briquets hors de vue et hors de portée des enfants.
- Ne laissez pas les briquets à l'extérieur. La température peut endommager le plastique. Si cela se produit, le gaz pourrait s'échapper ou le briquet pourrait se défaire.
- Lisez toutes les **instructions** sur l'emballage de l'allume-barbecue AVANT de l'utiliser.
- Achetez un allume-barbecue qui dit « protège-enfants » sur l'emballage.
- Si vous utilisez un allume-barbecue pour allumer un barbecue au gaz, allumez-le toujours AVANT d'ouvrir le robinet de gaz ou de propane.
- Pensez à des façons de prévenir les incendies.
  Montrez aux enfants ce qu'il faut faire en cas de feu à la maison ou lorsque vous faites du camping.

Pour plus d'information communiquez avec la Sécurité des produits de Santé Canada :

Vancouver, Colombie-Britannique (604) 666-5003
Edmonton, Alberta (780) 495-2626
Calgary, Alberta (403) 292-4677
Saskatoon, Saskatchewan (306) 975-4502
Winnipeg, Manitoba (204) 983-5490
Hamilton, Ontario (905) 572-2845
Toronto, Ontario (416) 973-4705
Ottawa, Ontario (613) 952-1014
Montréal, Québec (514) 283-5488
Québec, Québec (418) 648-4327
Moncton, Nouveau-Brunswick (506) 851-6638
Dartmouth, Nouvelle-Écosse (902) 426-8300
St. John's, Terre-Neuve (709) 772-4050
http://www.hc-sc.gc.ca/psb

Pour commander des copies : par téléphone **(613) 954-0609**, par télécopieur **(613) 941-8632**, par courrier électronique **eh_publishing@hc-sc.gc.ca**

English version available.

Canada

Ce document peut être photocopié.

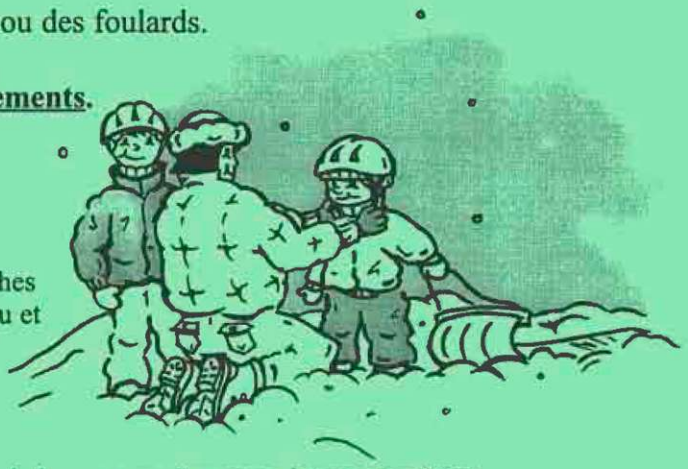
mars 1999

Santé Canada Health Canada

Sports d'hiver en toute sécurité

Assurez-vous que vos enfants sont en sécurité lorsqu'ils glissent et patinent.

Les enfants peuvent s'étouffer avec des cordes ou des foulards.
Utilisez un cache-cou plutôt qu'un foulard.
Enlevez les cordes et les cordons de leurs vêtements.



Conseils de sécurité

- Habillez vos enfants chaudement avec plusieurs couches de vêtements. Assurez-vous qu'ils portent un chapeau et un cache-cou. Surveillez les engelures!
- Lorsque les journées sont ensoleillées, mettez de la crème solaire sur leur peau.
- Assurez-vous que l'équipement de votre enfant est de la bonne grandeur et en bonne condition.

Lorsque vous allez glisser :

- Assurez-vous que vos enfants portent un casque protecteur.
- Choisissez une pente qui est loin des routes et des stationnements.
  Il ne devrait pas y avoir de roches, d'arbres, de clôtures ou autres dangers sur la pente.
- Enseignez à vos enfants à glisser au milieu de la pente, à remonter sur les côtés et à surveiller la pente en remontant.
- Apprenez-leur à s'éloigner rapidement du milieu de la pente lorsqu'ils arrivent en bas.

Lorsque vous allez patiner :

- Les enfants devraient porter un casque protecteur.
- Si vous patinez sur des lacs ou des rivières assurez-vous que la glace est lisse et épaisse, au moins 10 centimètres ou 4 pouces. Ne patinez jamais près d'une zone d'eau qui n'est pas recouverte de glace.
- Les enfants doivent patiner dans la même direction et à la même vitesse que la foule.
- Les patineurs qui ne peuvent pas suivre la foule devraient se ranger sur le côté.
- Lorsqu'ils jouent au hockey, les enfants doivent porter des casques protecteurs qui ont été certifiés par la CSA. Remplacez les casques de hockey au moins tous les cinq ans.

Pour plus d'information communiquez avec la Sécurité des produits de Santé Canada :

Vancouver, Colombie-Britannique (604) 666-5003
Edmonton, Alberta (780) 495-2626
Calgary, Alberta (403) 292-4677
Saskatoon, Saskatchewan (306) 975-4502
Winnipeg, Manitoba (204) 983-5490
Hamilton, Ontario (905) 572-2845
Toronto, Ontario (416) 973-4705
Ottawa, Ontario (613) 952-1014
Montréal, Québec (514) 283-5488
Québec, Québec (418) 648-4327
Moncton, Nouveau-Brunswick (506) 851-6638
Dartmouth, Nouvelle-Écosse (902) 426-8300
St. John's, Terre-Neuve (709) 772-4050
http://www.hc-sc.gc.ca/psb

Pour commander des copies : par téléphone **(613) 954-0609**, par télécopieur **(613) 941-8632**, par courrier électronique **eh_publishing@hc-sc.gc.ca**

English version available.

Canada

Ce document peut être photocopié.
mars 1999

LA GLISSADE EN SÉCURITÉ!



Il peut être dangereux de faire de la traîne sauvage ou du traîneau.

Une glissade peut entraîner des blessures à la tête, au bassin et au dos, et même la mort.

Les nouveaux traîneaux montés sur trois courts skis causent de plus en plus souvent des blessures.

- **NE GLISSEZ PAS** près d'une route, d'une entrée, des arbres, des poteaux, des rochers ou de l'eau.
- **SOYEZ PRUDENT SUR LES PENTES GLACÉES :** vous descendrez bien plus vite que vous ne pensez!
- **LAISSEZ VOTRE CHIEN À LA MAISON :** ainsi, vous ne risquerez pas de le frapper et de provoquer un accident.
- Veillez à ce que les jeunes enfants portent un **CASQUE PROTECTEUR.**
- **NE SURCHARGEZ PAS** les traînes sauvages et les traîneaux.
- **ATTENDEZ VOTRE TOUR** jusqu'à ce que la piste soit libre.
- **RESTEZ ASSIS** sur votre traîne sauvage ou votre traîneau.
- **REMONTEZ SUR LE CÔTÉ DE LA PISTE DE DESCENTE,** de façon à ne pas vous faire frapper.



Pour obtenir plus d'information, communiquez avec le bureau de Consommation et Affaires commerciales Canada le plus près de chez vous (voir les pages bleues de l'annuaire téléphonique).

CACC n° 11069 93-01 Janvier 1993 (English version available)

SÉCUR kids CARE enfants

Société canadienne de pédiatrie

Consommation et Affaires commerciales Canada

Consumer and Corporate Affairs Canada

Santé Canada Health Canada

SÉCURITÉ AU TERRAIN DE JEU

Danger D'ÉTRANGLEMENT

De 1982 à 1995 :

Dix enfants de deux à dix ans sont morts au Canada lorsque leurs vêtements ou les cordons de ceux-ci sont restés accrochés à l'équipement du terrain de jeu ou à des clôtures.



Prenez soin de toujours enlever les cordes et les cordons et de rentrer tous les vêtements qui risquent d'étrangler un enfant.

Cinq enfants de quatre à dix ans sont morts étranglés par des cordes attachées à l'équipement du terrain de jeu.

Toujours enlever les cordes et les cordes à sauter qui sont attachées à des glissoires et à d'autres équipements du terrain de jeu.

Les vêtements amples, les capuchons, les foulards, les cordons de capuchons et les cordons attachés aux mitaines peuvent rester pris à l'équipement de jeu et **étrangler un enfant.**

LES ENFANTS QUI S'AMUSENT AU TERRAIN DE JEU DEVRAIENT ÊTRE SURVEILLÉS DE PRÈS! VÉRIFIEZ SI L'ÉQUIPEMENT DU TERRAIN DE JEU EST BRISÉ OU NON SÉCURITAIRE. APPRENEZ AUX ENFANTS À JOUER EN TOUTE SÉCURITÉ ET À CHOISIR L'ÉQUIPEMENT DE JEU APPROPRIÉ À LEUR DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE.

(ENGLISH VERSION AVAILABLE)

Canada

Santé Canada Health Canada

Sécurité AU TERRAIN DE JEU

Hé, les enfants! N'oubliez pas...



- Remontez la fermeture éclair de votre manteau.
- Retirez les cordons de votre capuchon, chapeau et manteau.
- Portez un faux col au lieu d'un foulard.
- N'attachez pas des cordes aux glissoires et aux balançoires.



APPRENEZ À JOUER EN TOUTE SÉCURITÉ!

Canada

Santé Canada Health Canada

Sécurité près de la piscine

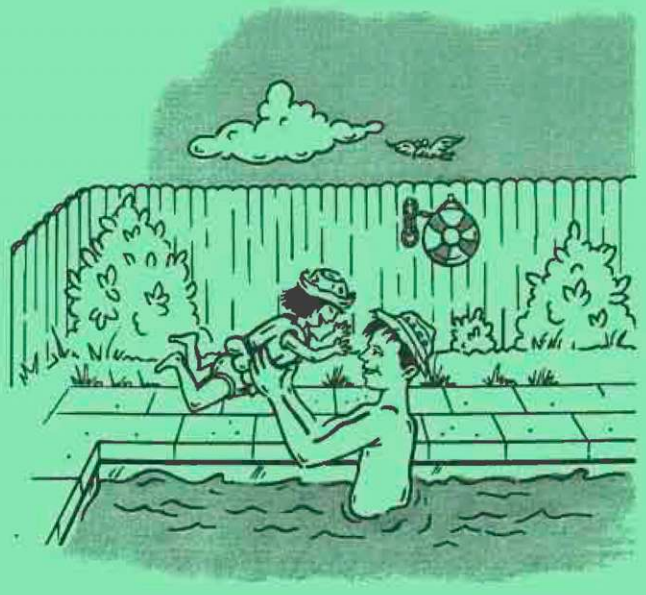
Chaque année, de nombreux enfants se noient dans des piscines résidentielles et des petites piscines pour enfants.

Les enfants sont en danger parce que :

- Ils aiment jouer dans l'eau.
- Ils se déplacent vite.
- Ils peuvent se noyer dans seulement quelques centimètres (un pouce) d'eau.

Pourquoi tant de noyades?

1. **Parfois la piscine n'est pas clôturée complètement.**
2. **Parfois la porte de la clôture n'est pas bien fermée ou n'est pas fermée à clé.**
3. **Parfois un jeune enfant entre dans l'espace autour de la piscine, en sortant par une porte patio, ou une porte du garage qui donne sur la cour.**



Conseils de sécurité

- Adressez-vous aux autorités de votre ville pour savoir quels règlements il faut suivre pour installer une clôture autour de votre piscine.
- Construisez une clôture et une porte qui empêcheront les enfants d'entrer dans votre piscine.
- Fermez toujours la porte de la clôture à clé.
- Un adulte doit TOUJOURS être présent lorsque des enfants se baignent ou sont près d'une piscine.
- Les enfants de moins de 3 ans et ceux qui ne peuvent pas nager doivent porter un gilet de sauvetage ou un VFI (vêtement de flottaison individuel).
- Envoyez les enfants à des cours de natation et de sécurité nautique.
- Assurez-vous que votre équipement de sauvetage et votre trousse de premiers soins sont près de la piscine.
- Prenez un cours sur la sécurité des piscines, un cours de premiers soins et de secourisme (tel que la RCR réanimation cardio-respiratoire).
- Ayez une liste de numéros de téléphone d'urgence à côté du téléphone le plus près de la piscine.
- Assurez-vous que les jouets, les meubles de jardin et les outils ne sont pas à côté de la clôture de la piscine. Les enfants peuvent grimper sur ces objets pour entrer dans la piscine.
- Si vous voulez en savoir plus au sujet de la sécurité nautique et des programmes pour apprendre à nager, veuillez appeler la Société canadienne de la Croix-Rouge ou le bureau local de la Société de sauvetage.

Pour plus d'information communiquez avec la Sécurité des produits de Santé Canada :

Vancouver, Colombie-Britannique (604) 666-5003
Edmonton, Alberta (780) 495-2626
Calgary, Alberta (403) 292-4677
Saskatoon, Saskatchewan (306) 975-4502
Winnipeg, Manitoba (204) 983-5490
Hamilton, Ontario (905) 572-2845
Toronto, Ontario (416) 973-4705
Ottawa, Ontario (613) 952-1014
Montréal, Québec (514) 283-5488
Québec, Québec (418) 648-4327
Moncton, Nouveau-Brunswick (506) 851-6638
Dartmouth, Nouvelle-Écosse (902) 426-8300
St. John's, Terre-Neuve (709) 772-4050
http://www.hc-sc.gc.ca/psb

Pour commander des copies : par téléphone **(613) 954-0609**, par télécopieur **(613) 941-8632**, par courrier électronique **eh_publishing@hc-sc.gc.ca**

English version available.

Canada

Ce document peut être photocopié.

mars 1999