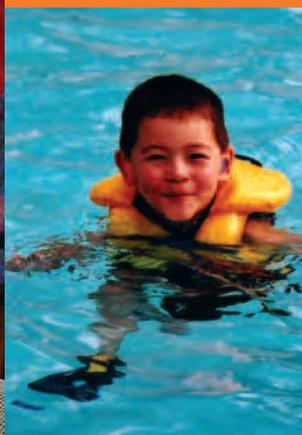


Blessures accidentelles chez les enfants et les adolescents



et les adolescents



Provinces de

l'Atlantique : étude des dix dernières années



Lettre du réseau Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB)

Table des matières

2/3	À propos de cette étude
4/5	Résumé; Caractéristique du Canada atlantique
6/7	Coûts liés aux blessures dans le Canada atlantique; Décès; Hospitalisations
8/9	Causes des blessures
10/11	Déterminants sociaux de la santé; Travail de prévention
12/13	Prévention des chutes
14/15	La sécurité en vélo
16/17	La sécurité à trottinette, en planche à roulettes et en patins à roues alignées; La sécurité liée aux autobus scolaires
18/19	Sécurité des enfants en voiture
20/21	Prévention des empoisonnements
22/23	La sécurité sur les terrains de jeux
24/25	La sécurité liée aux véhicules tout-terrain et hors route, et aux motoneiges
26/27	Sécurité des piétons
28/29	Prévention des noyades
30/31	Prévention des accidents affectant la respiration
32/33	Prévention des brûlures
34/35	Méthodologie
36/39	Tableaux des données
40/42	Notes en fin d'ouvrage

Les enfants et les adolescents du Canada atlantique sont notre avenir. Comme la présente étude le montre, ces derniers sont particulièrement vulnérables aux blessures accidentelles – pas seulement à de simples bosses ou bleus, mais également à des blessures susceptibles d'avoir des conséquences durables sur la santé ainsi qu'au plan social. Malheureusement, les blessures accidentelles demeurent dans le Canada atlantique, une épidémie invisible, et les parents, les communautés et les gouvernements ne sont pas encore pleinement conscients de l'ampleur du problème et n'agissent donc pas en conséquence.

Pendant la lecture de cette étude, il se peut que certaines situations que vous connaissez ou qui vous concernent directement vous amènent à réfléchir sur les conséquences durables que les blessures peuvent avoir sur des familles, des amis et des communautés. Le coût social et économique qu'entraînent les blessures subies par les enfants et les adolescents du Canada atlantique ont des conséquences pour nous tous.

Heureusement, toutes ces blessures peuvent être prévenues. Nous avons fait des progrès quant à la réduction de ces dernières, puisqu'au Canada atlantique, le nombre d'enfants décédés suite à un accident de véhicule motorisé est actuellement inférieur aux taux des autres provinces. Beaucoup de personnes et d'organismes des provinces de l'Atlantique font un travail de tous les instants pour réduire les blessures accidentelles chez les jeunes et les adolescents. Ces quatre provinces ont d'ailleurs été pionnières dans

plusieurs domaines, comme la création de lois sur le port de casques de cycliste, la retenue des enfants dans les véhicules, ainsi que sur l'utilisation de véhicules tout-terrain par des enfants; nous pouvons toutefois toujours améliorer la situation. Il est essentiel de sensibiliser les habitants du Canada atlantique aux problèmes en question. Afin d'obtenir de vrais résultats, nous devons impérativement informer le public des stratégies de prévention pouvant être mises en œuvre pour protéger nos enfants et nos adolescents.

Cette étude présente les principales causes des blessures chez les enfants et les adolescents dans notre région, ainsi que les meilleures pratiques actuelles liées à la prévention de ces dernières. Elle explore également la relation qui existe entre les déterminants sociaux de la santé et certains types de blessures, et invite à passer à l'action de nombreux secteurs qui ont un rôle à jouer quant à la réduction des conséquences des blessures accidentelles chez les jeunes et les adolescents.

Le réseau Collaboration atlantique pour la prévention des blessures ainsi que *Child Safety Link* sont heureux de s'être associés à SécuritéJeunes Canada ainsi qu'au Alberta Centre for Injury Control and Research pour la rédaction de cette étude. Nous incitons les lecteurs à poser des gestes concrets pour que le nombre de blessures accidentelles chez les enfants et les adolescents puisse baisser. Nous leur demandons de plus de parler de cette étude ainsi que de nous soutenir dans le travail que nous faisons pour que nos enfants et nos adolescents puissent vivre dans des communautés plus sûres.

Sandra Newton Julian Young
Coprésidents
*Collaboration atlantique pour
la prévention des blessures*

Lettre de SécuritéJeunes Canada

Des enfants en meilleure santé. Moins de blessures. Un Canada plus sûr : telle est notre vision. Heureusement, les enfants subissent moins de blessures qu'auparavant. Ces dernières restent toutefois la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes au Canada.

Nous devons donc nous poser la question suivante : que pouvons-nous faire? Nous pensons que la formation de partenariats est essentielle à la création d'une culture de la sécurité au Canada. SécuritéJeunes Canada a déjà forgé de nombreuses relations fondées sur la collaboration. Même si chaque région est différente du point de vue de la géographie, de la culture et des langues, nous pensons que certaines stratégies précises peuvent être mises en place par chaque province et chaque territoire pour atteindre certains objectifs communs. Nous sommes donc heureux d'avoir pu nous associer au réseau Collaboration atlantique pour la prévention des blessures pour rédiger cette étude, laquelle présente à la fois les causes des blessures accidentelles chez les enfants et les adolescents dans le Canada atlantique et ce que nous pouvons faire pour en réduire le nombre.

La présente étude est basée sur celle intitulée *Analyse des blessures accidentelles chez les enfants et les adolescents sur une période de 10 ans*. Les données qu'elle contient proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada. Nous y présentons en outre un certain nombre de recherches sur les meilleures pratiques liées à la réduction des blessures en question. Nous avons collaboré étroitement avec le réseau Collaboration atlantique pour identifier les initiatives actuellement mises en place dans le Canada atlantique ainsi que les recommandations pour l'avenir.

Nous souhaiterions remercier le *Alberta Centre for Injury Control and Research* pour nous avoir aidés à analyser les données qui existent. La contribution de ce centre nous a été très précieuse.

Nous parviendrons à atteindre notre objectif commun grâce à une vision commune.

Pamela Fuselli
Directrice
SécuritéJeunes Canada

À propos de cette étude

Nous avons demandé un certain nombre de données à l'Institut canadien d'information sur la santé ainsi qu'à Statistique Canada pour mesurer l'évolution des tendances liées aux décès et aux hospitalisations causés par des blessures accidentelles chez les enfants pendant la période allant de 1995 à 2004. Nous nous sommes également procuré des données auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé pour mesurer l'évolution des tendances liées aux hospitalisations causées par des blessures accidentelles chez les enfants pendant la période allant de 1996 à 2005. Il s'agit des années les plus récentes pour lesquelles des données existent, à la fois au niveau national et au niveau provincial. Notre objectif était de déterminer les types de blessures accidentelles subies par les enfants et les adolescents dans le Canada atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick) ainsi que d'établir si ces types de blessures correspondent aux tendances nationales.

Nous présentons, dans chacune des parties de cette étude, les enseignements que nous avons tirés de ces données, exposons plusieurs stratégies de prévention qui se sont révélées efficaces, ainsi que leurs résultats dans le Canada atlantique, et expliquons quelles autres mesures doivent être prises pour assurer la sécurité des enfants et des adolescents.

Les données présentées se rapportent aux hospitalisations des enfants âgés de 0 à 14 ans (inclusivement) et seulement aux blessures accidentelles; elles ne tiennent pas compte des chiffres se rapportant aux blessures intentionnelles (c'est-à-dire résultant d'actes de violence ou de tentatives de suicide). La méthodologie utilisée est expliquée en détail pages 34 et 35.

Les taux d'hospitalisation sont standardisés selon l'âge et sont calculés en fonction de la population. Ces taux ne sont pas calculés en fonction de la durée de l'activité ayant entraîné des blessures.

Les données sur les décès s'étant produits dans les provinces de l'Atlantique sont limitées, notamment en raison du nombre relativement faible de cas, ainsi que pour des questions de confidentialité, ce qui est conforme aux normes et aux directives établies par Statistique Canada.

Ce rapport ne traite ni de l'évolution des pratiques médicales, ni des avancées liées aux technologies médicales, ni de l'existence des services médicaux dans chaque province.



Les blessures accidentelles entraînant des hospitalisations ou des décès chez les enfants âgés de 1 à 14 ans demeurent, dans le Canada atlantique, une épidémie invisible. La société n'est pas encore totalement consciente de l'ampleur du problème et n'agit donc pas en conséquence. Les coûts de cette réalité, que ce soit au plan social ou économique, concernent cependant chacune et chacun de nous.

En collaboration avec SécuritéJeunes Canada, le réseau Collaboration atlantique pour la prévention des blessures ainsi que le *Alberta Centre for Injury Control and Research* ont rédigé cette étude pour présenter les principales causes des blessures accidentelles chez les enfants et les adolescents des provinces de l'Atlantique. Cette étude présente en outre les meilleures pratiques actuelles liées à la prévention des blessures accidentelles.

Les données contenues dans cette étude ont été obtenues auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé et vont nous servir à mieux comprendre les tendances liées aux hospitalisations d'enfants ayant subi des blessures accidentelles, sur une période de 10 ans (1996–2005), ainsi qu'auprès de Statistique Canada pour mesurer l'évolution des tendances liées aux taux de décès (1995–2004). Il s'agit des années les plus récentes pour lesquelles des données existent, à la fois au niveau national et au niveau provincial.

Dans le passé, les accidents de véhicules motorisés constituaient la principale cause de décès non intentionnels chez les enfants (il s'agit toujours de la principale cause de décès si l'on tient compte des chiffres se rapportant aux adolescents âgés de 15 à 19 ans). Heureusement, dans le Canada atlantique, le nombre de décès d'enfants liés à des accidents de véhicules motorisés a baissé de façon significative.

Les collisions de véhicules motorisés ne font plus partie des trois premières causes de blessures ou de décès chez les enfants. Cette évolution résulte du travail conjoint des gouvernements et des divers groupes de prévention en ce qui a trait à la sécurité des véhicules motorisés. Des études faites par l'Organisation mondiale de la Santé ont confirmé que les méthodes multidisciplinaires permettaient de réduire efficacement, dans les pays développés, les risques de blessures ainsi que leur gravité.

Les données présentées dans cette étude font cependant ressortir le besoin d'élargir le travail de prévention à d'autres types de blessures. Dans le Canada atlantique, les blessures demeurent, chez les enfants âgés de 1 à 14 ans, la première cause de décès. En 2004, le coût économique de ces décès était de 206 millions de dollars, dont 191 millions de dollars seulement pour les blessures accidentelles. La plupart des blessures pourtant sont évitables : décès d'enfants frappés par des véhicules motorisés, suite à un blocage des voies respiratoires (p. ex. étouffement), causés par un incendie ou des noyades. Même si dans le Canada atlantique les taux de décès et de blessures ont baissé et sont semblables aux taux nationaux, il faut davantage se concentrer sur ce type de problème.

Bien que les taux d'hospitalisation d'enfants causés par des blessures accidentelles aient baissé, il existe une exception notable. En effet, les chutes restent la première cause d'hospitalisation pour chaque groupe d'âge ciblé par la présente étude. Il faut donc davantage se concentrer sur ce problème. Les accidents de vélos ainsi que les empoisonnements qui entraînent une hospitalisation sont moins fréquents, mais l'élaboration d'une stratégie de prévention liée à ces situations demeure nécessaire. Des lois sur le port de casques de cycliste ont été adoptées dans les provinces de l'Atlantique, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador; d'ailleurs, la Nouvelle-Écosse possède la loi la plus complète en la matière en Amérique du Nord. Étant donné que les empoisonnements restent une des premières causes d'hospitalisations, il est également important de cibler ce type d'accident.

Le Centre de santé IWK de la Nouvelle-Écosse a connu, au cours des dernières années, une augmentation soudaine des visites aux urgences d'enfants ayant subi des blessures résultant d'accidents de véhicules tout-terrain et hors route. Pendant l'année suivant l'adoption, dans cette province, d'une nouvelle loi imposant des restrictions sur la conduite de véhicules hors route par des personnes de moins de 16 ans, le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) a enregistré une baisse de 50 % des visites aux urgences causées par des blessures subies pendant des accidents liés à des véhicules hors route. Des lois semblables ont été adoptées dans les trois autres provinces de l'Atlantique.

Malgré ces progrès, les taux des hospitalisations causées par des blessures accidentelles chez les enfants des provinces de l'Atlantique sont beaucoup plus élevés que les taux des autres provinces. Afin de réduire les taux de blessures accidentelles et de décès causés par des blessures chez les enfants de cette région du pays, il faut adopter une approche globale ciblant les déterminants sociaux de la santé. Des études ont montré qu'il existe un lien important entre l'augmentation des taux de blessures et de nombreux déterminants sociaux de la santé, comme le statut socio-économique. Les stratégies de prévention qui devront être mises en œuvre à l'avenir devront également tenir compte des déterminants en question. Nous devons donc travailler ensemble pour éradiquer l'épidémie invisible que constituent les blessures accidentelles.

Caractéristique du Canada atlantique

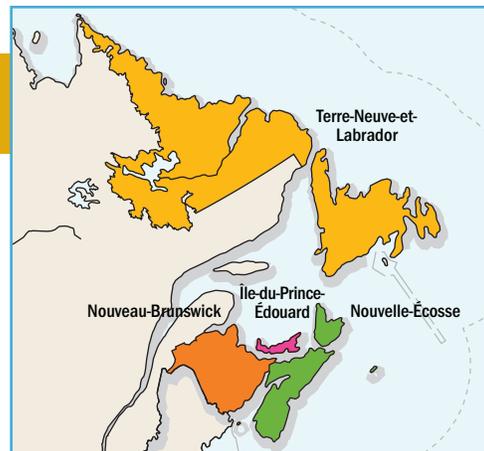
Le Canada atlantique comprend les quatre provinces suivantes : le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador. Ensemble, ces provinces ont une superficie de 540 371 kilomètres carrés. Terre-Neuve-et-Labrador est la plus grande avec 405 720 kilomètres carrés, et l'Île-du-Prince-Édouard la plus petite avec 5 660 kilomètres carrés. La Nouvelle-Écosse possède la population la plus importante avec 938 000 habitants, suivie par le Nouveau-Brunswick (747 000), Terre-Neuve-et-Labrador (507 900) et l'Île-du-Prince-Édouard (139 800).¹

Prévention des blessures dans le Canada atlantique

Dans les provinces de l'Atlantique, la prévention des blessures constitue un travail de collaboration entre le gouvernement, les professionnels de la santé et les organismes non gouvernementaux. Les quatre provinces en question ont ciblé cette prévention par l'adoption de lois ainsi que la mise en œuvre de programmes et d'infrastructures; ce travail varie toutefois d'une province à l'autre.

Outre le travail effectué à l'intérieur de chaque province, les quatre gouvernements concernés ont financé la mise en œuvre d'un réseau appelé « Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB) ». Anciennement appelé « Réseau atlantique de prévention des traumatismes », la CAPB, qui regroupe quelque 200 personnes et organismes, a pour mission de prévenir et de contrôler les blessures ainsi que de réduire les coûts sociaux et économiques de ces dernières grâce à un leadership interprovincial, la mise en place d'un système de surveillance, des études, l'élaboration de politiques et le développement de certaines capacités. La CAPB collabore avec un certain nombre de partenaires, de coalitions et de réseaux sur des questions liées à la prévention des blessures, dont celles qui concernent les enfants et les jeunes.

Child Safety Link (CSL) est le nom d'un programme de prévention des blessures chez les enfants et les adolescents ciblant les quatre provinces de la région atlantique; le bureau chargé de ce programme se trouve au Centre de santé IWK, à Halifax, en N.-É. Le programme CSL est également administré dans un bureau satellite situé à l'Hôpital régional de Saint John, au Nouveau-Brunswick, en partenariat avec le programme de traumatologie de ce même hôpital. Ce programme a pour objectif de réduire le nombre et la gravité des blessures accidentelles chez les enfants et les adolescents. La méthode employée est donc globale et consiste à élaborer et à mettre en œuvre des programmes de sensibilisation et de développement des connaissances et des capacités ainsi qu'à élaborer des politiques. CSL cible plusieurs aspects précis comme la sécurité liée aux véhicules motorisés (enfants en tant que passagers), aux vélos, à la maison, aux terrains de jeux, ainsi qu'à la prévention des empoisonnements. Ce programme propose de nombreuses ressources pédagogiques, dont la série intitulée « La sécurité des enfants », disponible à la fois en français et anglais. Ces ressources, ainsi que d'autres types d'information, comme la *Virtual Safety Home* et les messages d'intérêt public, peuvent être consultés directement sur le site www.childsafetylink.ca. À sa création en 1997, CSL s'appelait le *Nova Scotia Child Safety and Injury Prevention Program*; le titre *Child Safety Link* a été adopté à l'automne 2002 pour mieux refléter sa portée dans les trois provinces des Maritimes.



Population

Le Canada atlantique a une population totale de 2 333 300 habitants. Comme dans beaucoup d'autres provinces, cette région du pays possède une population qui vieillit et une natalité en baisse. L'on prévoit que d'ici 2015, le pourcentage d'adultes de plus de 65 ans dépassera la moyenne nationale de 2 %. Les minorités visibles représentent environ 2 % de la population, et les autochtones, 3 %, la plupart vivant au Labrador.^{2,3} Même si la tendance est à l'urbanisation, la population du Canada atlantique est en grande partie rurale, soit entre 45 et 52 %.⁴ La majorité des habitants des quatre provinces en question possèdent l'anglais comme langue maternelle (84,5 %), vient ensuite le français pour 12 % de la population.⁵ Le Nouveau-Brunswick est la seule province officiellement bilingue au Canada.

Au cours de la période allant de 1996 à 2005, les hospitalisations d'enfants et d'adolescents ont baissé de 19 % dans le Canada atlantique. Cette baisse était de 21 % pour les enfants de moins d'un an, de 23 % pour les enfants âgés de 1 à 4 ans, de 21 % pour les enfants âgés de 5 à 9 ans, et de 14 % pour les enfants de 10 à 14 ans.

Économie

L'économie du Canada atlantique est avant tout dominée par les services. Les autres industries sont les suivantes : foresterie, pêche, agriculture et tourisme.⁶ Cette région du pays a connu, au cours des dernières années, une migration de sa main-d'œuvre vers l'ouest, principalement en Alberta dans l'industrie pétrolière. En raison toutefois de la crise économique qui a débuté en 2008, beaucoup de ces travailleurs sont revenus dans les provinces maritimes pour y trouver un emploi.

Coûts liés aux blessures dans le Canada atlantique

Malgré la baisse encourageante des taux de blessures dans le Canada atlantique, ces dernières restent la première cause des décès chez les enfants âgés de 1 à 14 ans provenant de cette région. (Les enfants âgés de 0 à 1 an sont exclus puisque les maladies prénatales et les malformations congénitales constituent la première cause de décès de ce groupe d'âge.) Le but de la comparaison n'est pas de minimiser la gravité des autres facteurs, mais d'insister sur l'importance d'accorder aux blessures subies par les enfants et les adolescents une attention et un financement adéquats.

Pendant chaque année de la période de 10 ans ciblée par cette étude, en moyenne, 34 enfants âgés de 14 ans et moins sont décédés des suites de blessures accidentelles, et 3 100 enfants du même groupe d'âge ont été hospitalisés suite à ce type de blessures.

En 2004, les blessures accidentelles chez les enfants et les adolescents âgés de 14 ans et moins ont coûté, dans le Canada atlantique, 191 millions de dollars.⁷

Si l'on compare le taux des décès engendrés par des blessures chez les enfants du Canada atlantique au taux national, le taux brut de mortalité, c'est-à-dire 7,9 décès/100 000 habitants, est semblable au taux national, lequel est de 7,6 décès/100 000 habitants. La présente étude ne contient pas de données précises sur les décès correspondant à chaque type de blessure. En raison de la faible population du Canada atlantique, la publication de telles données pourrait entraîner des problèmes de confidentialité.

Comparaison des taux bruts de mortalité liés aux blessures accidentelles chez les enfants :

- Dans le Canada atlantique, le taux de décès lié à des accidents de **vélo** (0,39/100 000 habitants) était semblable au taux national (0,29/100 000 habitants).
- Dans le Canada atlantique, le taux de décès chez les **piétons** était de 0,97/100 000 habitants, c'est-à-dire peu différent du taux national (0,81/100 000 habitants).
- Dans le Canada atlantique, le taux de décès lié à des **incendies/brûlures** était de 0,86/100 000 habitants, c'est-à-dire semblable au taux national (0,57/100 000 habitants).
- Dans le Canada atlantique, le taux de décès lié à une **obstruction des voies respiratoires** était de 0,90/100 000 habitants, lequel est très différent du taux national (0,72/100 000 habitants).
- Dans le Canada atlantique, le taux de décès attribué à des accidents de **motoneiges/véhicules tout-terrain** était de 0,23/100 000 habitants, c'est-à-dire semblable au taux national (0,18/100 000 habitants).
- Le Canada atlantique possède un taux de décès plus bas que la moyenne nationale en ce qui concerne les **décès causés par des véhicules à moteur**, soit 0,5/100 000 habitants, par rapport à 1,1/100 000 habitants pour l'ensemble du Canada.

Le taux global des hospitalisations faisant suite à des blessures accidentelles chez les enfants des quatre provinces du Canada atlantique était beaucoup plus élevé que le taux national, c'est-à-dire 741,9 hospitalisations/100 000 habitants par rapport à 608,7 hospitalisations/100 000 habitants pour l'ensemble du Canada.

Les blessures subies par les enfants constituent partout sur la planète un problème considérable. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, en 2004, plus de 950 000 enfants âgés de 18 ans et moins sont décédés des suites d'une blessure.⁸ Ce chiffre ne reflète pas l'ampleur du problème, puisque de nombreux enfants, même s'ils survivent, sont invalides pour le reste de leur vie, soit physiquement, soit émotionnellement. Il s'agit donc, pour un enfant, de subir en permanence et pour toujours les conséquences d'une blessure. Il ne faut donc pas sous-estimer le poids de cette situation sur ces enfants, leur famille et le système de santé.

Données de Statistique Canada sur les décès d'enfants causés par des blessures pour la période allant de 1995 à 2004 :

- Les blessures accidentelles sont la principale cause de décès chez les enfants du Canada atlantique et représentent 37 % de tous les décès de ce groupe d'âge. Au cours de la période de 10 ans ciblée par la présente étude, en moyenne, 34 enfants âgés de 14 ans et moins sont décédés chaque année des suites de blessures.
- Les principales causes de blessures sont les suivantes : piétons (12 %), obstruction des voies respiratoires (11 %), noyade (11 %), incendies/brûlures (11 %) et passagers dans un véhicule motorisé (7 %).
- Le taux brut de mortalité du Canada atlantique se rapportant à des blessures (7,9 décès/100 000 habitants) est semblable au taux national (7,6 décès/100 000 habitants).
- Les taux de décès du Canada atlantique sont semblables au taux national, sauf pour les accidents de véhicules motorisés. Dans le Canada atlantique, le taux de mortalité lié à des accidents de véhicules motorisés (0,5 décès/100 000 habitants) était beaucoup plus bas que le taux national (1,1 décès/100 000 habitants).

Enfants des provinces du Canada atlantique...

Chaque année... 3 100 hospitalisations sont causées par des blessures.

Chaque mois... 260 hospitalisations sont causées par des blessures.

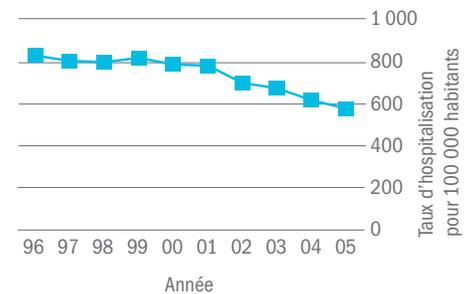
Chaque jour... 9 hospitalisations sont causées par des blessures.

Les chiffres sur les hospitalisations, pour la période 1996-2005, proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

- En 1996, dans le Canada atlantique, 3 846 enfants âgés de 0 à 14 ans ont été hospitalisés suite à des blessures accidentelles. Ce chiffre est passé, dix ans plus tard, à 2 163 hospitalisations, soit une baisse de 44 % entre 1996 et 2005.
- En moyenne, chaque année, plus de 150 enfants âgés de 14 ans et moins ont été hospitalisés suites à des blessures graves, comme des blessures traumatiques au cerveau et des fractures complexes. Parmi les différentes catégories de blessures, 18 % étaient des blessures traumatiques au cerveau.
- Les chutes sont la première cause d'hospitalisation, soit 44 % de toutes les admissions.
- Les taux d'hospitalisation ont baissé pour l'ensemble des principales causes de blessures au cours de la période de 10 ans allant de 1996 à 2005. La baisse la plus importante, c'est-à-dire 57 %, concerne les accidents entraînant une obstruction des voies respiratoires. Les chiffres liés aux autres causes sont les suivantes : piétons (55 %), brûlures/incendies (54 %), enfants en tant que passagers (50 %), noyades (49 %), chutes (2 %), empoisonnements (34 %), accidents de vélo (11 %), chutes sur les terrains de jeux (3 %).
- Pendant la période allant de 2001 à 2005, les hospitalisations faisant suite à des blessures causées par des accidents de véhicules tout-terrain ou hors route ont baissé de 11 %.
- Par rapport au taux national d'enfants hospitalisés suite à des blessures accidentelles, soit 608,7 hospitalisations/100 000 habitants, le taux du Canada atlantique était beaucoup plus élevé (741,9 hospitalisations/100 000 habitants).

Taux d'hospitalisation d'enfants âgés de 0 à 14 ans provenant du Canada atlantique, suite à des blessures accidentelles, de 1996 à 2005 – Taux standardisé selon l'âge.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Le taux global d'hospitalisation d'enfants suite à des blessures accidentelles au Canada atlantique a baissé de 31 %. En 1996, ce taux était de 825,2 hospitalisations/100 000 habitants, et de 573 hospitalisations/100 000 habitants en 2005.

Une partie de cette baisse peut être attribuée à l'évolution des pratiques médicales. Au cours des 10 dernières années, dans un souci d'amélioration du rendement, les traitements nécessaires aux enfants s'effectuent dans les services d'urgence pour éviter d'hospitaliser ces derniers. L'évolution des traitements a également contribué à cette baisse. Par exemple, les enfants souffrant de fractures, qui par le passé étaient admis en observation pendant 24 heures, sont désormais traités dans les services d'urgence ou en consultation externe le lendemain.

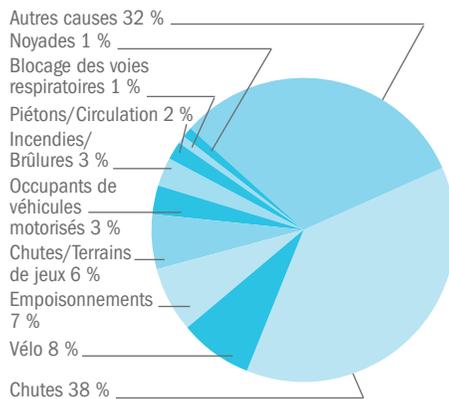
La baisse du nombre d'hospitalisations suggère également que les efforts effectués dans tous les domaines de prévention – éducation, modification de l'environnement et application des lois – permettent une réduction des blessures. Des exemples seront donnés dans chaque partie de cette étude.

Hospitalisations : Causes des blessures

Les chutes sont la principale cause des hospitalisations (44 %). Six pour cent des chutes en question se produisent sur les terrains de jeux. Viennent ensuite les accidents de vélo (8 %) et les empoisonnements (7 %).

Principales causes d'hospitalisation chez les enfants du Canada atlantique, âgés de 0 à 14 ans, suite à des blessures accidentelles, pour la période allant de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



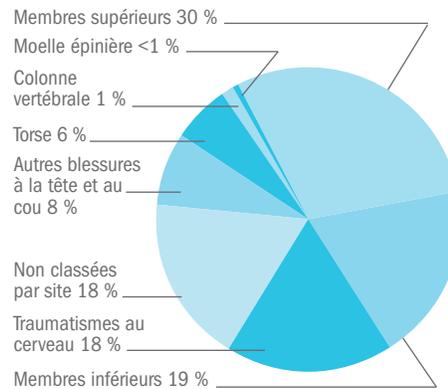
Remarque : La catégorie « Autres causes » sert à désigner les types de blessures qui ne sont pas comprises dans cette étude, comme les blessures liées au sport, aux armes à feu ou aux machines. Les données sont recueillies de telle façon qu'elles permettent de savoir si un enfant a été heurté ou projeté contre un objet et non de connaître son activité au moment de sa blessure.

Types de blessures

Les blessures accidentelles indiquées dans le graphique ont entraîné une hospitalisation et sont le résultat d'accidents évitables.

Hospitalisations faisant suite à des blessures accidentelles selon la partie du corps, chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, entre 1996 et 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Âge

La croissance et le stade de développement d'un enfant peuvent jouer un rôle en ce qui concerne des blessures accidentelles. Par exemple, le risque de noyade est élevé chez les enfants âgés de 1 à 4 ans parce que l'eau les attire mais qu'ils n'en comprennent pas les dangers.

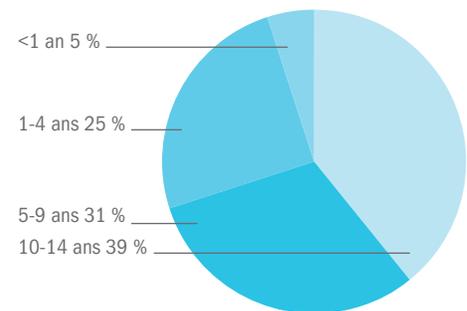
L'âge a également une influence sur les principales causes d'hospitalisation (seules les causes dépassant 10 % sont indiquées) :

- Moins de 1 an : chutes (42 %)
- 1 à 4 ans : chutes (35 %) et empoisonnements (20 %)
- 5 à 9 ans : chutes (39 %); chutes dans les cours de récréation (12 %), vélos (11 %)
- 10 à 14 ans : chutes (36 %) et vélos (11 %)

Chez les enfants âgés de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans, les risques de blessures sont plus élevés à l'extérieur de la maison (p. ex. chutes dans les cours de récréation et en vélo).

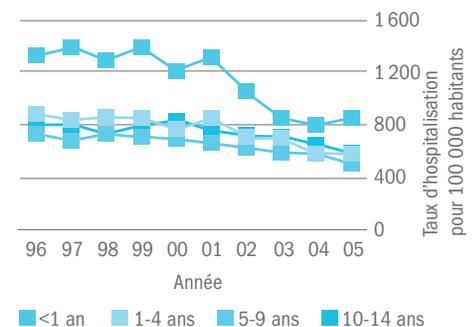
Proportion des hospitalisations faisant suite à des blessures accidentelles chez les enfants du Canada atlantique, selon le groupe d'âge, de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Taux des hospitalisations faisant suite à des blessures accidentelles chez les enfants du Canada atlantique, selon le groupe d'âge, de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Les taux des hospitalisations faisant suite à des blessures accidentelles ont baissé pour tous les groupes d'âge : enfants de moins de 1 an (baisse de 37 %), enfants de 1 à 4 ans (34 %), enfants de 5 à 9 ans (32 %), enfants de 10 à 14 ans (25 %).

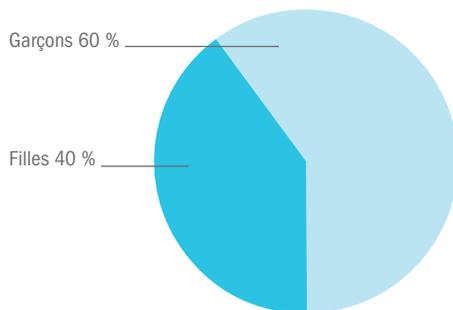


Sexe

Certaines théories sur les différences liées au sexe, en ce qui a trait aux blessures accidentelles, s'appuient sur des différences possibles dans les prédispositions des filles et des garçons, comme une impulsivité et un degré d'activité supérieurs chez ces derniers. D'autres théories s'intéressent à la socialisation. Les études montrent, par exemple, que les parents ont tendance à traiter les filles et les garçons différemment face à la prise de risque dans les jeux : les garçons sont davantage encouragés à prendre des risques, et les filles reçoivent plus de conseils de prudence.⁹ De plus, les enfants semblent intérioriser ces différentes attitudes à un jeune âge – autour de l'âge de six ans. Les garçons comme les filles sont persuadés que les filles sont plus susceptibles de se blesser, même si, en fait, ce sont les garçons qui se blessent le plus souvent.

Proportion des hospitalisations faisant suite à des blessures accidentelles chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé

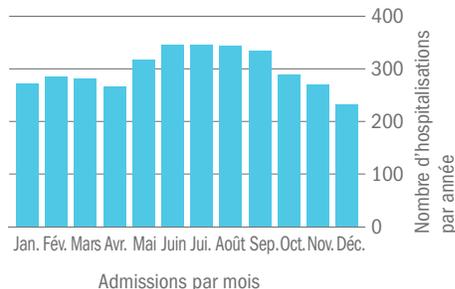


Époque de l'année

Les enfants sont plus susceptibles de se blesser pendant les mois chauds, peut-être en raison de l'augmentation des activités faites à l'extérieur ou de l'augmentation du temps de loisir.

Proportion des hospitalisations faisant suite à des blessures accidentelles chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, selon le mois, de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé

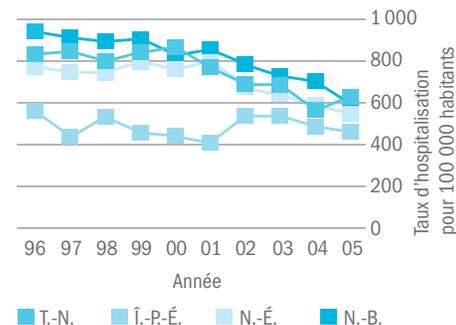


Région

Cette tendance à la baisse dans le nombre de blessures chez les enfants se constate dans toutes les provinces du Canada atlantique. L'importance de cette évolution n'est toutefois pas uniforme. Ces variations peuvent être le fruit de facteurs divers, comme les données démographiques, les problèmes particuliers posés par les blessures dans certaines régions ainsi que les diverses actions de prévention des blessures menées à bien dans chaque province de l'Atlantique. Par exemple, l'Île-du-Prince-Édouard ne possède pas de centre de traumatologie; par conséquent, les enfants subissant des traumatismes graves sont envoyés au Centre de soins de santé IWK, en Nouvelle-Écosse, ou dans des centres spécialisés au Nouveau-Brunswick.

Évolution des taux des hospitalisations faisant suite à des blessures accidentelles chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, standardisés selon l'âge, pour la période allant de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Chaque province du Canada atlantique a connu, au cours de la période de 10 ans en question, une baisse du taux global d'admissions dans les hôpitaux suite à des blessures accidentelles. Le Nouveau-Brunswick, qui possède le taux le plus élevé, a connu la baisse la plus importante (35 %) pendant cette période. Viennent ensuite Terre-Neuve (24 %), la Nouvelle-Écosse (29 %) et l'Île-du-Prince-Édouard (17 %).

Déterminants sociaux de la santé

La santé et les blessures sont influencées par un ensemble de facteurs économiques et sociaux souvent appelés « déterminants sociaux de la santé ». Le revenu, l'éducation, l'emploi, le logement, la sécurité alimentaire, l'âge, le sexe et l'inclusion sociale font partie de la plupart des listes des déterminants sociaux de la santé. Il s'agit de l'effet combiné de ces facteurs qui détermine la santé des individus et des communautés. Il est prouvé que certains déterminants sociaux de la santé sont liés aux taux de blessures.

Début 2009, l'Organisation mondiale de la Santé a publié le document intitulé *Addressing the Socioeconomic Safety Divide* (clivage en matière de sécurité socio-économique)¹⁰, dans lequel les auteurs concluent que les personnes issues de milieux défavorisés et celles vivant dans des quartiers pauvres sont plus susceptibles de mourir suite à des blessures et à des actes de violence que les personnes vivant dans des quartiers plus aisés. Cette conclusion s'applique à de nombreuses causes de blessures, comme les accidents de véhicules motorisés, les empoisonnements et les brûlures. Cette publication s'appuie sur une analyse systématique d'études portant sur les blessures et attire l'attention sur l'importance de comprendre les conditions socio-économiques liées aux blessures et d'agir directement sur ces dernières.

Également, l'analyse de la documentation d'EuroSafe portant sur *l'inégalité face aux risques de blessures* résume les différents facteurs qui lient les inégalités socio-économiques aux risques de blessures : « La plupart des maladies et des facteurs de décès sont plus répandus tout en bas de l'échelle sociale. Ceci est particulièrement vrai pour les inégalités liées aux blessures, et des liens ont été établis avec les facteurs suivants : monoparentalité, faible niveau d'éducation de la mère, accouchement à un jeune âge, mauvaises conditions de logement, familles nombreuses, alcoolisme et toxicomanie chez les parents. Les facteurs sociaux liés aux blessures traduisent l'existence de désavantages au plan matériel, social et culturel. Ces derniers peuvent s'exprimer de diverses façons : insuffisance matérielle, manque d'éducation, emplois non stables, risques au travail, mauvaises conditions de logement et quartiers risqués, circonstances difficiles pour élever des enfants, moins de ressources sociales, incapacité de payer des équipements de sécurité, accès limité à l'information et aux services, manque de connaissances et comportements à risque. Ces facteurs peuvent s'accumuler, avec pour résultat davantage de blessures graves. »¹¹

Les blessures ne sont pas le fruit du hasard

La plupart des gens pensent qu'une blessure est le fruit du hasard ou que cela n'arrive qu'aux autres. Ils considèrent en outre que les « accidents » font partie du développement normal d'un enfant et qu'ils ne peuvent pas être évités. La plupart des blessures toutefois sont évitables; c'est la raison pour laquelle les personnes chargées de leur prévention n'utilisent pas le terme « accident ». Si nous étions davantage conscients du coût des blessures subies par les enfants et les adolescents et si nous comprenions que ces dernières peuvent être évitées, la société n'accepterait pas les conséquences de cette épidémie invisible.

Perceptions des parents

De nombreux parents et fournisseurs de soins pensent à tort que les blessures font partie d'une enfance normale. Ces derniers ne font pas la distinction entre la bosse banale et des blessures pouvant avoir des conséquences à long terme.

Les enfants ont en effet besoin de prendre des risques pour se développer de façon normale; toutefois, ces risques doivent être accompagnés de stratégies de prévention adéquates. Il est important de comprendre comment évaluer et gérer des risques, et, pour un enfant, d'être prêt à comprendre ce type d'évaluation et de gestion. Mettre un enfant dans une « bulle » est contre-productif. Michael Ungar a récemment essayé de comprendre pourquoi les parents doivent être « vigilants en présence de risque réels, mais savoir relaxer quand la peur les domine. Une inquiétude fondée indique à un enfant qu'il est aimé; une inquiétude absurde et non fondée handicape un enfant bien plus que les quelques bosses et bleus qu'il peut subir quand ses parents ne sont pas présents ».¹² M. Ungar a constaté, dans sa pratique, les conséquences mentales et comportementales de jeunes à qui l'on n'a pas permis de prendre des risques.

La diminution du nombre des blessures chez les enfants exige une approche coordonnée dans quatre domaines d'intervention : l'éducation, l'ingénierie, l'application des règlements et des lois, ainsi que les évaluations. On entend, par « éducation », l'acquisition de connaissances, par exemple apprendre à porter un casque ou à nager. L'ingénierie permet de construire des environnements moins dangereux, par exemple en installant des ralentisseurs. L'application des lois et des règlements englobe à la fois l'amélioration des politiques publiques et le respect des lois ou des normes existantes. L'évaluation est la touche finale de cette approche puisqu'elle fournit des données sur les stratégies les plus efficaces. La recherche menée à bien par l'OMS a confirmé l'efficacité de ces méthodes multidisciplinaires pour réduire à la fois le risque et la gravité des blessures subies par les enfants au sein des pays à revenu élevé.¹³

Les initiatives mises en œuvre dans le Canada atlantique au cours des 10 dernières années ont permis d'accroître de façon significative l'application de mesures de sécurité. Les lois relatives à la conduite de vélos et au port du casque, ainsi qu'aux rehausseurs, font partie des lois qui ont entraîné une plus grande utilisation des produits permettant de protéger les enfants en cas de collision ou de chute. La présente étude explique plus en détail certaines de ces initiatives.

Aucun organisme ne peut prétendre à lui seul réduire le nombre de blessures, mais les effets de notre action collective se font sentir. La réduction globale des taux de blessures peut être attribuée en partie à l'action combinée des législateurs et des décideurs publics, des professionnels de la médecine et de la santé publique, des organismes spécialisés dans la sécurité, des partenaires communautaires qui gèrent des programmes à l'échelle locale, ainsi que des entreprises commanditaires.

Bien que le nombre d'actions de prévention des blessures augmente depuis dix ans, il est temps de mettre fin à cette conception répandue selon laquelle les blessures sont le « fruit de la fatalité », et donc d'inciter la société à concevoir les blessures comme les professionnels et à reconnaître leurs caractéristiques : elles sont en effet révélatrices, prévisibles et évitables.

Il existe, dans chaque domaine, des appels à l'action précis s'appuyant sur des recherches basées sur des faits et des bonnes pratiques, des lois, des programmes ou la sensibilisation du public. La présente étude constitue un appel à l'action général.

Recherche

- Favoriser les possibilités de recherche liées aux domaines pour lesquels les circonstances associées aux blessures subies par les enfants ne sont pas claires (Qui? Comment? Où?) afin de rendre le travail de prévention plus efficace.
- Favoriser les possibilités de recherche afin d'évaluer les stratégies qui visent à cibler les déterminants sociaux de la santé ayant une influence sur les blessures.

Politique publique en matière de santé

- Promouvoir l'adoption, dans chaque province du Canada atlantique, de lois parmi les plus complètes qui soient au Canada, et qui tiennent compte des différences sociales ainsi que de celles liées à la santé.
- Promouvoir l'harmonisation des lois dans le Canada atlantique pour qu'une approche normalisée en matière de prévention puisse voir le jour.
- Faire en sorte que l'environnement et les politiques permettent d'assurer la sécurité des enfants tout en incitant ces derniers à participer à des activités comportant des prises de risques positives pour leur développement.

Programmes

- Élaborer des approches globales et intégrées en matière de prévention pour favoriser la santé et la sécurité des communautés. Les communautés, les institutions (p. ex. les écoles et les hôpitaux), chaque niveau de gouvernement, les familles et les citoyens ont tous un rôle à jouer dans la prévention des blessures.
- Coordonner de manière stratégique le travail de prévention dans un certain nombre d'endroits (p. ex. à la maison, à l'école et sur les lieux des loisirs) pour favoriser l'apparition d'une culture de la santé et de la sécurité.
- Se concentrer sur la réduction des disparités au sein de la population ainsi qu'au sein des familles où les disparités liées aux accidents sont les plus évidents.
- Fournir aux gens les moyens (p. ex. équipements de sécurité ou formation sur la sécurité) dont ils ont besoin, ainsi que des lieux sûrs (p. ex. routes, planchodromes, etc.).

Prévention des chutes

Les chutes sont la principale cause des hospitalisations d'enfants et de jeunes et représentent 38 % des hospitalisations pour cause de blessures entre 1996-2005. Les parents pensent souvent que les chutes font partie de la vie d'un enfant. Pourtant, certaines chutes entraînent des blessures graves qui nécessitent une hospitalisation et qui peuvent handicaper à vie. En 2004, les blessures causées par des chutes chez les jeunes âgés de moins de 14 ans ont coûté 84 millions de dollars aux provinces de l'Atlantique, soit 41 % de la totalité du coût lié aux blessures.¹⁴

Les chutes indiquées dans la présente étude sont les suivantes : chutes liées à la glace et à la neige; glisser/trébucher; chutes liées à l'utilisation de patins, de skis, de planches à neige et de patins à roues alignées; chutes liées à une collision avec une personne ou au fait d'être poussé par une personne; chutes liées à un trotteur, une poussette ou un landau; chutes associées à un lit, à une chaise, à d'autres meubles, à des marches, une échelle ou des échafaudages; chutes d'un arbre ou d'une falaise, d'un niveau à un autre ou sur le même niveau (sans détails précis). Cette partie de l'étude ne comprend pas les chutes sur les terrains de jeux, lesquelles sont présentées dans une partie distincte.

Même si nous présentons un certain nombre de causes liées aux chutes d'enfants, celles associées à des chaises, des lits et des marches sont abordées plus en détail.

Données sur les hospitalisations

- Les chutes sont la principale cause des hospitalisations faisant suite à des blessures pour tous les jeunes âgés de 15 ans et moins.
- En moyenne, chaque année entre 1996 et 2005, 722 enfants âgés de 14 ans et moins ont été hospitalisés suite à des blessures causées par une chute.
- Les types et les causes des chutes varient selon les groupes d'âge et les stades de développement.
- 17 % des chutes sont liées à des chaises, des lits et des marches.
- La majorité (65 %) des enfants hospitalisés après avoir chuté d'un lit ou d'une chaise ont moins de 5 ans. Les enfants âgés entre 5 et 9 ans représentent 28 % de ces hospitalisations, et ceux âgés de 10 à 14 ans, 8 %.
- Le taux d'hospitalisation se rapportant aux chutes liées à un lit, à une chaise et à des marches, a baissé de 41 %. La baisse du taux d'hospitalisation la plus importante, soit 51 %, s'est produite chez

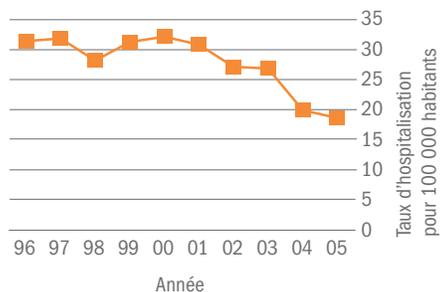
les enfants âgés de moins de 1 an. Pour les autres groupes d'âge, les pourcentages sont les suivants : 35 % pour les enfants de 1 à 4 ans, 43 % pour les enfants de 5 à 9 ans, et 48 % pour les enfants de 10 à 14 ans.

- Si l'on compare les taux d'hospitalisation liés à des chutes, celui des enfants du Canada atlantique est beaucoup plus élevé (171,7 hospitalisations/100 000 habitants) que le taux national (131 hospitalisations/100 000 habitants).

Tendances des taux d'hospitalisation

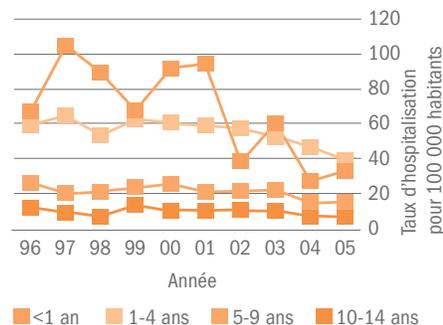
Tendances des taux d'hospitalisations faisant suite à des chutes de lit, de chaise et dans les escaliers et dans les marches, chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, entre 1996 et 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Tendances des taux d'hospitalisations faisant suite à des chutes de lit, de chaise et dans les marches et dans les escaliers au Canada atlantique, par groupe d'âge, entre 1996 et 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Principaux faits

- Le stade de développement d'un enfant joue un rôle clé dans le risque de chute : un bébé dont on change les couches dans le lit de ses parents pourra rouler sur lui-même et tomber.
- Les bébés tombent d'un lit ou d'un lit d'enfant en jouant, en dormant ou en essayant d'en sortir. Selon une étude, un tiers des chutes de bébés se produit à partir d'un lit d'adulte.¹⁵
- Les études ont montré que la plupart des chutes d'une hauteur inférieure à 1,5 mètre n'entraînent pas, en général, de blessures graves ou multiples, sauf si une personne laisse tomber un enfant.^{16,17,18}
- Les chutes se produisant à des hauteurs moindres, par exemple d'un lit, d'une chaise ou dans des marches, peuvent entraîner des blessures secondaires à la tête susceptibles d'avoir des conséquences à long terme, comme des problèmes d'élocution et des difficultés d'apprentissage.^{19,20}
- Au Canada, environ 40 % des blessures se rapportant à des barrières de protection concernent les enfants de moins de 1 an. La plupart des accidents se produisent dans les salons et dans les chambres et sont causés par une mauvaise utilisation ou installation des barrières de protection dans ces pièces (p. ex. barrière ouverte ou mal fermée par les personnes qui prennent soin de l'enfant; enfants poussant la barrière ou s'appuyant dessus).²¹

Ne pas utiliser de trotteurs munis de roues.

En raison des accidents graves que les trotteurs munis de roues ont provoqués chez les enfants, Santé Canada a interdit la vente et l'importation de ce type de trotteurs en 2004. Malgré cette interdiction, beaucoup de gens continuent à les utiliser; les trotteurs passent souvent d'une génération à l'autre au sein des familles ou entre amis. Une enquête effectuée par SécuritéJeunes Canada en 2003 a révélé que près d'un tiers (32 %) des parents canadiens utilisait ou avait récemment utilisé un trotteur.²²

Les risques de subir des blessures graves chez les enfants qui tombent dans un escalier avec un trotteur sont de 3 à 5 fois plus élevés que pour les autres types de chutes. Les risques de subir des blessures graves à la tête sont deux fois plus élevés chez les enfants qui chutent dans un escalier avec un trotteur.²³ Les enfants peuvent, avec un trotteur, se déplacer rapidement, voire trop vite pour que les parents aient le temps de les arrêter. Une étude a révélé que plus des deux tiers des enfants ayant eu des accidents de trotteur étaient surveillés au moment où ces derniers se sont produits.²⁴

Pour éviter les chutes de jeunes enfants à partir de fenêtres : éduquer les enfants, installer des barrières de protection et créer de nouvelles lois.

Bien que les chutes à partir de fenêtres soient rares, elles peuvent entraîner des blessures très graves et des décès.²⁵ Les enfants de moins de 5 ans sont particulièrement exposés à ces chutes parce qu'ils adorent grimper et explorer mais n'ont pas conscience du danger. Les moustiquaires sont souvent prises à tort pour des barrières de sécurité, alors qu'en fait elles ne retiennent pas toujours le poids d'un enfant. Un programme de prévention ciblant les trois stratégies préconisées a permis, dans les deux ans suivant sa mise en œuvre, de réduire les blessures de 50 % et les décès de 35 %.²⁶

Mettre les sièges pour bébés et les sièges de voiture par terre.

Les chutes des sièges sautoirs ou des sièges d'auto peuvent se produire s'ils sont placés en hauteur, par exemple sur un plan de travail de cuisine.²⁷ Quand un siège de voiture pour bébés est utilisé ailleurs que dans un véhicule, le centre de gravité du siège ainsi que le bébé sont plus hauts, ce qui rend la partie supérieure du siège plus lourde et instable. Les parents peuvent alors ne pas se rendre compte qu'en bougeant, même très légèrement, le siège peut tomber. Une personne peut également faire tomber celui-ci sans le vouloir.

Programmes. Les professionnels de la santé abordent la prévention des chutes auprès des nouvelles mères et des familles grâce au programme *Meilleur départ* et à des programmes d'intervention précoce pour les familles à risque, ainsi que dans les centres de ressources pour les familles, dans le cadre du travail de sensibilisation fait en permanence par ces derniers auprès des parents en ce qui a trait à la sécurité des enfants. Certains services d'urgence offrent également des informations aux parents.

L'atelier de *Child Safety Link* portant sur la sécurité des enfants et la sécurité à la maison aborde la prévention des chutes, de même que le guide qui accompagne cet atelier (intitulé *La sécurité des enfants*).²⁸ *Child Safety Link* est en train de créer un programme sur la sécurité à la maison (*Home Safety Curriculum*), lequel permettra de fournir à certains organismes les outils nécessaires à la conduite de cet atelier dans leurs communautés. *Child Safety Link* est également en train d'élaborer une stratégie de prévention des chutes qui se produisent à la maison et sur les terrains de jeux.

Sensibilisation du public. *Child Safety Link* a diffusé deux messages d'intérêt public sur la prévention des chutes à la maison et sur les terrains de jeux ainsi que sur la surveillance des enfants dans ces lieux. Le site www.childsafetylink.ca offre une visite virtuelle de chaque pièce d'une maison pour expliquer comment rendre un lieu d'habitation plus sûr.

Recherche. Examiner les conséquences à long terme des blessures entraînées par des chutes. Existe-t-il un lien entre des fractures causées par des chutes chez les enfants et certains états chroniques comme l'arthrose à un âge plus avancé? Quel lien y a-t-il entre les commotions cérébrales chez les enfants et les problèmes d'élocution et d'apprentissage?

Réglementation. Recommander la modification d'arrêtés municipaux pour que les fenêtres situées au premier étage et plus haut soient munies d'un dispositif de prévention des chutes.

Programmes. Continuer à sensibiliser les parents sur les aspects suivants :

- Danger des trotteurs
- Bonnes installation et utilisation des barrières pour bébés
- Risques de chutes chez les enfants et stratégies de prévention (en particulier le lien entre le stade de développement d'un enfant et les risques de chutes)
- Risques de chutes à partir d'une fenêtre



La sécurité en vélo

La majorité des blessures les plus graves et des décès chez les enfants qui font du vélo sont liés à une collision avec un véhicule motorisé. Les blessures les plus graves sont celles qui touchent la tête et le cerveau; même les blessures à la tête apparemment sans gravité peuvent entraîner des dommages permanents au cerveau. Les fractures osseuses, les blessures au visage et les éraflures sérieuses de la peau qui exigent des greffes sont les autres blessures importantes subies par les cyclistes. En 2004, dans le Canada atlantique, les accidents de vélos chez les jeunes âgés de 14 ans et moins ont coûté 15,3 M\$ à la collectivité.²⁹

Données sur les hospitalisations

- En moyenne, chaque année entre 1996 et 2005, 157 enfants âgés de 14 ans et moins ont été hospitalisés pour des blessures causées par des accidents de vélo.
- Les blessures entraînées par des accidents de vélo sont la deuxième cause d'hospitalisation chez les enfants âgés de 10 à 14 ans.
- Les blessures à la tête sont la première cause des blessures graves chez les enfants qui font du vélo. Les traumatismes au cerveau représentent 21 % de toutes les hospitalisations liées à des accidents de vélo.

- Les taux d'hospitalisation ont varié au cours de la période de 10 ans ciblée par la présente étude, avec une baisse générale de 11 % entre 1996 et 2005. Cette tendance à la baisse peut être le résultat partiel des changements qui ont été apportés à l'utilisation des casques ainsi que de l'adoption de nouvelles lois liées au port du casque.
- Chez les enfants de 5 à 9 ans, le taux d'hospitalisation lié aux accidents de vélo a baissé de 24 % au cours des 10 années ciblées. Pour les autres groupes d'âge en revanche, ce taux a augmenté : plus 63 % chez les enfants

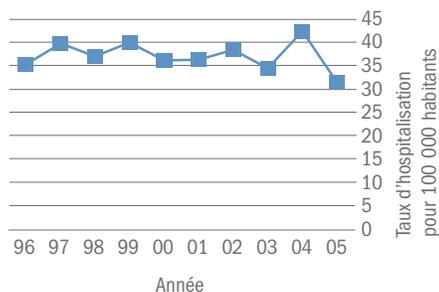
de 1 à 4 ans, plus 3 % (augmentation légère) chez les enfants de 10 à 14 ans.

- Si l'on compare les taux d'hospitalisation liés aux accidents de vélo, celui des enfants du Canada atlantique est beaucoup plus élevé (37,1 hospitalisations/100 000 habitants) que le taux national (25,7 hospitalisations/100 000 habitants).

Tendances des taux d'hospitalisation

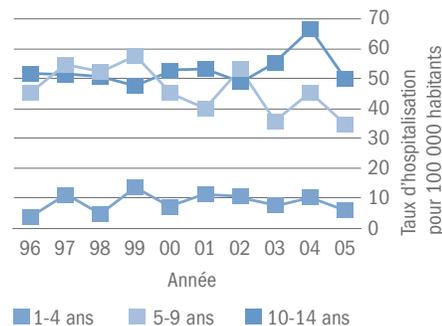
Tendances des taux d'hospitalisation liés à des accidents de vélo chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, entre 1996 et 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



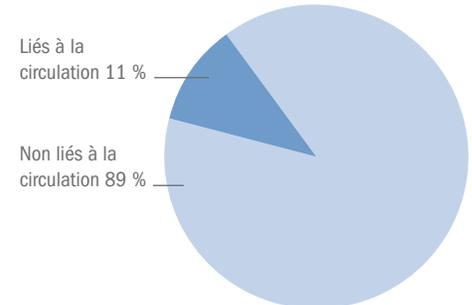
Tendances des taux d'hospitalisation liés à des accidents de vélo chez les enfants du Canada atlantique, par groupe d'âge, de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Proportion des hospitalisations liées à des accidents de vélo chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Principaux faits

- L'épaisseur d'un crâne humain est d'environ 1 centimètre et celui-ci peut être pulvérisé par un choc de 7 à 10 km/h seulement.³⁰ Or, la vitesse des jeunes cyclistes est en moyenne de 11 à 16 km/h.³¹
- Les enfants de moins de 5 ans se déplacent, en règle générale, à tricycle et en dehors des chaussées. Certains enfants âgés de 5 à 9 ans commencent à circuler sur la chaussée mais ne

disposent pas du jugement nécessaire à leur sécurité s'ils ne sont pas surveillés par un adulte. Les enfants âgés de 10 à 14 ans commencent à se rendre à l'école ou ailleurs en vélo et peuvent donc être davantage au contact de la circulation.

- Dans certains cas, les lois sur le port du casque ont entraîné, non seulement une plus grande utilisation de ce moyen de protection, mais également

l'utilisation d'un vélo par deux personnes en même temps. Ce type d'utilisation chez les enfants et les adolescents habitant à East York, en Ontario, a même augmenté dans l'année suivant l'adoption d'une loi sur le port du casque par cette ville.³²

Porter un casque. Un casque pouvant être ajusté protège la tête en absorbant la violence d'un choc ou d'une chute, et permet de réduire jusqu'à 85 % les blessures à la tête et jusqu'à 88 % les blessures au cerveau.³³ Cela signifie que quatre blessures à la tête sur cinq pourraient être évitées si chaque cycliste portait un casque. De façon générale, les gens pensent que porter un casque ne permet pas de protéger la tête en cas de collision avec un véhicule motorisé; toutefois, ce moyen de protection s'est révélé efficace pour la prévention des blessures à la tête résultant de tous les types de chutes et de collisions.³⁴

Ne pas laisser les enfants de moins de dix ans circuler sur la chaussée. Circuler à bicyclette à proximité des véhicules à moteur exige de maîtriser un ensemble complexe de compétences que les enfants acquièrent progressivement et lentement entre les âges de 10 et 14 ans. Ils doivent pouvoir, de manière simultanée, se tenir à bicyclette en équilibre, signaler leurs changements de direction et prêter attention aux véhicules. Le cerveau d'un enfant ne peut pas gérer cet ensemble de compétences physiques et intellectuelles avant dix ans, au plus tôt. La capacité de mener toutes ces tâches de front dans la circulation peut être particulièrement délicate pour les enfants se trouvant dans une situation à risque élevé.

Réduire la vitesse de circulation. La limitation de la vitesse des véhicules peut améliorer la sécurité des cyclistes avec lesquels ils partagent la chaussée.³⁵ Selon une analyse internationale portant sur les mesures d'apaisement de la circulation (comme les limitations ou les ralentisseurs de vitesse), le nombre d'accidents routiers, tous types confondus, y compris ceux impliquant des enfants et des adultes cyclistes, a globalement baissé de 15 % et de 25 %, en particulier dans les rues résidentielles.³⁶ Suite à l'instauration, par 20 villes du Royaume-Uni, de zones d'apaisement de la circulation en y limitant la vitesse à 40 km/h, le nombre de blessures chez les enfants cyclistes a baissé de 48 %.³⁷

Recherche. Une étude effectuée par John LeBlanc et ses collègues (2002) a montré que suite à l'adoption, par la Nouvelle-Écosse, en 1997, d'une loi sur le port du casque, l'utilisation de ce moyen de protection avait augmenté de façon significative, allant de moins de 40 % en 1995 et en 1996, à 75 % en 1997, et à plus de 83 % en 1998 et en 1999.³⁸

Réglementation. Trois des quatre provinces du Canada atlantique ont adopté des lois sur le port du casque pour tous les groupes d'âge. Le Nouveau-Brunswick a été l'une des premières provinces canadiennes à adopter une telle loi. La Nouvelle-Écosse possède l'une des lois les plus contraignantes sur le port du casque en Amérique du Nord, puisqu'elle vise les vélos, les planches à roulettes, les trottinettes et les patins à roues alignées. Terre-Neuve-et-Labrador n'a pas encore adopté une loi sur le port du casque.³⁹

Programmes. La campagne *Operation Headway* a été mise en œuvre dans un certain nombre de communautés de la Nouvelle-Écosse et dans certaines régions du Nouveau-Brunswick par la police locale et la GRC. Les personnes qui se font arrêter se voient proposer la possibilité d'assister à une séance d'information sur le port du casque (*Noggin Knowledge*) pour annuler l'amende. Au cours de la campagne de sensibilisation qui a eu lieu en 2006 dans la municipalité régionale d'Halifax, 75 des 152 personnes ayant reçu une contravention ont assisté à la séance d'information en question. Cette séance de deux heures parle des risques de faire du vélo sans casque et incite les participants à se conformer aux lois en la matière et aux autres règles de conduite. Les évaluations du programme *Noggin Knowledge* de 2006 (n = 45) et de 2004 (n = 264) indiquent que 78 % des participants ont appris de nouvelles choses et que 73 % d'entre eux porteront désormais un casque.⁴⁰

Le Nouveau-Brunswick et l'Î.-P.-É. possèdent également un programme semblable, appelé *ThinkFirst*. L'Î.-P.-É. possède de plus un programme pour les enfants de maternelle, appelé *Hard Heads*.⁴¹ S'inspirant du programme *ThinkFirst* pour les enfants du même âge, le programme *Hard Heads* enseigne aux enfants l'importance de porter un casque et comment ajuster ce dernier. Les parents reçoivent une trousse d'information à la maison. L'évaluation de ce programme a permis d'indiquer que les enfants se souviennent encore, un mois plus tard, de ce qu'ils ont appris.

Réglementation. Promouvoir la création d'une loi sur le port du casque pour tous les groupes d'âge, à Terre-Neuve-et-Labrador. À l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador, toutes les provinces du Canada atlantique ont adopté des lois sur le port du casque. En raison des arguments appuyant le port du casque en tant que moyen de prévention des blessures, il est recommandé que Terre-Neuve-et-Labrador adopte une loi allant dans ce sens.

Il est recommandé que le Nouveau-Brunswick, l'Î.-P.-É. et Terre-Neuve-et-Labrador promulguent des lois sur le port du casque pour tous les loisirs basés sur des moyens de déplacement munis de roues. Cela permettrait d'avoir, dans l'ensemble du Canada atlantique, une approche uniforme liée à la prévention des blessures chez les enfants.

Promouvoir la mise en application des lois sur le port du casque actuellement en vigueur. Il a été démontré que ces lois permettent non seulement d'accroître le port du casque, mais également l'utilisation d'un vélo à deux.

Proposer aux enfants des provinces du Canada atlantique le programme PACE ainsi que d'autres programmes liés à la sécurité sur le chemin de l'école.

Créer des environnements plus sûrs pour les cyclistes. Il s'agit le plus souvent de réduire la vitesse dans les rues par des limitations de vitesse et des mesures d'apaisement de la circulation, mais également de prévoir des zones consacrées au cyclisme de loisir. L'amélioration de la sécurité routière exige une démarche globale qui tient compte du tracé des voies de circulation ainsi que des modalités d'utilisation des rues par les véhicules, les piétons et les cyclistes. Il serait donc important de proposer aux enfants des provinces du Canada atlantique le programme PACE ainsi que d'autres programmes se rapportant à la sécurité sur le chemin de l'école.

Faire en sorte que les familles à faible revenu puissent obtenir des casques pour leurs enfants.

Sensibilisation. Continuer à sensibiliser le public à l'importance du port du casque, en mettant en œuvre davantage de programmes et en appliquant les lois en vigueur de façon plus systématique. Les parents doivent être informés de la qualité de la protection assurée par un casque, de son ajustement, ainsi que de sa fréquence de son remplacement. Ils doivent également être informés des lois en vigueur dans leur province. Selon l'étude effectuée par SécuritéJeunes Canada en 2002, la majorité des parents ignoraient si leur province possédait une loi sur le port du casque ou pas.⁴² La mise en œuvre de programmes comme *Operation Headway* permet de faire prendre conscience aux citoyens que des lois existent.

La sécurité à trottinette, en planche à roulettes et en patins à roues alignées

L'Institut canadien d'information sur la santé ne possède pas de catégories particulières pour les données sur les hospitalisations liées à des blessures causées par des accidents de trottinettes, de planches à roulettes et de patins à roues alignées. Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) possède toutefois un certain nombre de chiffres sur ces loisirs. Les données présentées dans cette partie de l'étude proviennent du SCHIRPT du Centre IWK et se limitent aux renseignements recueillis par le service des urgences de cet hôpital pour la région d'Halifax. Elles concernent plus précisément les blessures subies par des enfants âgés de 0 à 14 ans entre 1997 et 2007, pendant des activités sur roues.

Données sur les visites aux urgences

Données du SCHIRPT du Centre IWK sur les enfants de 0 à 14 ans pour la période allant de 1997 à 2007 :

- Les blessures ont été plus fréquentes chez les garçons que chez les filles. Pour les planches à roulettes, la très grande majorité des blessures, soit 90 %, ont été subies par des garçons.
- Les parties du corps les plus souvent blessées ont été les avant-bras et les poignets.
- Il y a eu 2 % de blessures secondaires à la tête.
- 47 % des utilisateurs de patins à roues alignées, 34 % des utilisateurs de planches à roulettes, et 40 % des utilisateurs de trottinettes ayant subi des blessures, portaient un casque.
- Les fractures ont représenté environ la moitié des blessures. Il y a eu davantage de blessures à la partie inférieure des jambes et aux chevilles chez les utilisateurs de planches à roulettes.
- Les blessures les plus fréquentes ont été chez les 10 à 14 ans.

Principaux faits

- Les blessures subies par des enfants pendant des activités sur roues sont liées à un ensemble de facteurs; parmi les plus répandus, nous retrouvons le manque d'expérience, la perte de contrôle, le manque de connaissances liées à la sécurité routière, la vitesse, ainsi que la tendance à faire des cascades et des manœuvres difficiles.^{43,44,45}

Prévention efficace

Porter un casque et des équipements de protection homologués pour chaque activité.

Un casque de cycliste convient pour la trottinette et les patins à roues alignées, mais ceux qui pratiquent la planche à roulettes doivent porter un casque qui protège l'arrière de la tête. De plus, des protège-poignets doivent être portés pour éviter les fractures.

Appel à l'action

Recherche. Faire davantage de recherche sur l'efficacité de l'utilisation et de la conception d'autres environnements pour les loisirs, comme les parcs pour planches à roulettes.

Faire davantage de recherche sur l'efficacité de l'utilisation et de la conception d'autres environnements pour les loisirs, comme les parcs pour planches à roulettes. Ces parcs ont la réputation d'être moins dangereux que les autres lieux; cependant, une étude a démontré que le nombre de blessures y reste élevé, même si les jeunes portent des équipements de protection.^{46,47}

Ce phénomène peut s'expliquer par la stimulation de l'esprit de compétition et les manœuvres plus risquées tentées dans ce type d'environnement.

Réglementation. Il est recommandé que le Nouveau-Brunswick, l'Î.-P.-É. et Terre-Neuve-et-Labrador promulguent une loi pour les activités sur roues, ce qui permettrait d'avoir une

approche uniforme en matière de prévention des blessures chez les enfants des quatre provinces du Canada atlantique. La Nouvelle-Écosse est actuellement la seule province de l'Atlantique à avoir adopté une loi portant sur l'ensemble des activités sur roues, c'est-à-dire les vélos, les planches à roulettes, les trottinettes et les patins à roues alignées. Le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard ont seulement une loi pour les vélos, et Terre-Neuve-et-Labrador ne dispose d'aucune loi pour ces activités. Par conséquent, pour uniformiser les lois dans le Canada atlantique et réduire les risques de blessures au cerveau des jeunes faisant des activités sur roues, il est recommandé que le Nouveau-Brunswick, l'Î.-P.-É. et Terre-Neuve-et-Labrador promulguent une loi pour toutes ces activités.

La sécurité liée aux autobus scolaires

Même si nous n'avons pas pu obtenir de données sur les accidents liés aux autobus scolaires pour les provinces de l'Atlantique, ces derniers demeurent un problème réel dans cette région du pays puisqu'ils entraînent des blessures sérieuses. Les risques les plus sérieux sont présents quand les enfants sont à l'extérieur, et non pas à l'intérieur d'un autobus.*

Données sur les décès et les hospitalisations au Canada

- Les risques les plus sérieux sont présents quand les enfants sont à l'extérieur, et non pas à l'intérieur d'un autobus. Chaque année, environ trois enfants canadiens décèdent après avoir été frappés par un autobus scolaire.⁴⁸ Même si le nombre d'accidents varie considérablement d'une année à l'autre, en moyenne, un enfant décède tous les deux ou trois ans en tant que passager d'un autobus scolaire.⁴⁹
- En ce qui concerne les hospitalisations, les blessures subies par les enfants se produisent quand ces derniers se trouvent à l'intérieur du bus. Chaque année, au Canada, 250 enfants, en moyenne, âgés de 14 ans et moins, sont hospitalisés suite à des blessures subies en tant que passagers.⁵⁰ Chaque année également, 31 enfants canadiens se font frapper par un autobus scolaire.⁵¹
- Selon les données de Transports Canada, 1 % de toutes les collisions impliquant des autobus se rapporte aux autobus scolaires.⁵²

Principaux faits

- Les autobus scolaires sont conçus pour protéger les passagers grâce à un procédé appelé compartimentage : les enfants sont confinés dans un compartiment rembourré en cas d'accident. Ce compartiment présente plusieurs caractéristiques fondamentales pour la sécurité : les sièges sont installés les uns près des autres pour former la zone de confinement, les dossiers des sièges sont élevés et conçus pour se plier et absorber le choc d'un accident, et les sièges sont solidement ancrés au sol.
- La conception des autobus scolaires est soumise à plus de 40 règlements fédéraux ainsi qu'à un ensemble de normes qui ont été élaborées par l'Association canadienne de normalisation. Ces règlements et normes concernent la conception intérieure et extérieure, la couleur, les rétroviseurs, ou encore la conception des fauteuils.⁵³
- Les provinces et les territoires, les exploitants d'autobus scolaires et les conseils scolaires possèdent également des politiques et des règlements précis, par exemple pour les permis de conduire, ou le tracé des itinéraires et le nombre d'arrêts.

- Les autobus de conception plus récente sont équipés de système de retenue dans certains sièges pour les enfants dont le poids est inférieur à 18 kg (40 livres).

Prévention efficace

Utiliser le système de retenue recommandé pour les enfants dont le poids est inférieur à 18 kg (40 livres). Les études ont montré que les jeunes enfants, c'est-à-dire ceux dont le poids est inférieur à 18 kg, sont, dans les autobus scolaires, moins bien protégés que les enfants plus âgés.⁵⁴ L'Association canadienne de normalisation recommande donc maintenant que les autobus soient équipés de sièges de voiture intégrés.⁵⁵

Enseigner aux enfants la sécurité par rapport aux autobus scolaires. Les parents devraient en particulier rappeler aux enfants de se tenir à l'écart – à au moins trois mètres (10 pieds) de distance – des trois zones dangereuses : l'avant, l'arrière et les côtés de l'autobus. Une fois à l'intérieur de l'autobus, les enfants devraient rester dans leur siège.⁵⁶

Initiatives mises en œuvre dans le Canada atlantique

Programmes. Dans certaines provinces de l'Atlantique, les enfants de maternelle et leurs parents assistent à une séance d'information avant le début de l'année scolaire. Cette séance a pour but d'enseigner aux enfants ce qu'ils doivent faire pour minimiser les risques de blessures ou de décès. À Terre-Neuve-et-Labrador, *Safety Services NL* a mis en place un programme de formation pour les surveillants d'autobus scolaires. Le ministère de l'Éducation de T.-N. prévoit assumer la responsabilité de ce programme pendant l'année scolaire 2009/2010.

Appel à l'action

Faire des recherches sur les bonnes pratiques liées aux autobus scolaires et aux formations des surveillants afin de pouvoir élaborer de meilleures pratiques dans le Canada atlantique.

Évaluer des mesures complémentaires de protection des piétons enfants à proximité des autobus scolaires ainsi que des enfants passagers.



Davantage d'études sont nécessaires sur l'évaluation des avantages se rapportant à certains accessoires pour la sécurité des piétons (comme des caméras ou des capteurs) ainsi que sur des mesures passives visant à accroître la sécurité des passagers. Il est également souhaitable d'envisager l'installation d'avertisseurs pour signaler la montée des passagers et les marches arrière des autobus, ainsi que d'un système de hauts parleurs externes pour que le chauffeur puisse communiquer avec les enfants à l'extérieur du véhicule.

Éduquer les parents, les enfants et le public sur la sécurité se rapportant aux autobus scolaires.

Davantage sensibiliser le public sur les zones à hauts risques, lesquelles se trouvent à l'extérieur des autobus. Beaucoup de gens ne savent pas que la plupart des accidents liés à des autobus scolaires, impliquant des enfants, se produisent à l'extérieur de ces derniers. Les campagnes de sensibilisation devraient donc mettre l'accent sur les raisons pour lesquelles les enfants se font davantage blesser en tant que piétons ainsi que sur les moyens à mettre en œuvre pour prévenir ces blessures.

Faire en sorte que les élèves, les parents et les surveillants connaissent les procédures relatives à la sécurité pendant l'utilisation d'un autobus scolaire.

Recommander l'interdiction des minibus de 15 passagers pour le transport des enfants. La *U.S. National Highway Traffic Safety Administration* (NHTSA) et un certain nombre de spécialistes du transport ont émis des avertissements sur la sécurité des minibus, lesquels sont plus susceptibles de faire des tonneaux en cas d'accident. SécuritéJeunes Canada soutient donc les études faites par la NHTSA et Transports Canada sur la sécurité de ce type de bus.

Faire en sorte que les conseils scolaires disposent de toutes les informations dont ils ont besoin pour décider s'ils doivent arrêter ou poursuivre l'utilisation des minibus de 15 passagers.

*Les données canadiennes proviennent de Transports Canada.

Sécurité des enfants en voiture



En ce qui concerne les accidents de véhicules motorisés avec enfants, le Canada atlantique possède un taux de décès beaucoup plus faible (0,5 décès/100 000 habitants) que le taux national (1,1 décès/100 000 habitants).

En 2004, les blessures subies par des enfants de 14 ans et moins dans des accidents de véhicules motorisés ont coûté, aux provinces de l'Atlantique, 34,7 millions de dollars; ce chiffre vient immédiatement après celui correspondant aux chutes.⁵⁷ Cette situation résulte principalement de la gravité des blessures et de leurs conséquences sur la vie d'une personne. Les collisions de véhicules motorisés peuvent causer des blessures multiples et graves, entre autres au cerveau, à la colonne vertébrale et aux organes internes.

Données sur les hospitalisations

- En moyenne, chaque année entre 1996 et 2005, 53 enfants des provinces de l'Atlantique, âgés de 14 ans et moins, ont été hospitalisés suite à un accident de véhicules motorisés.
- Le pic des accidents qui se produit en juillet et en août nécessite d'être davantage étudié et suggère peut-être une présence accrue des enfants dans les voitures.
- Les taux d'hospitalisation liés aux accidents de véhicules motorisés ont baissé de 50 % entre 1996 et 2005.
- Ces taux ont baissé pour tous les groupes d'âge. Il n'y a eu, pendant plusieurs années, aucune hospitalisation d'enfants de moins d'un an suite à un accident de véhicule motorisé. Au cours

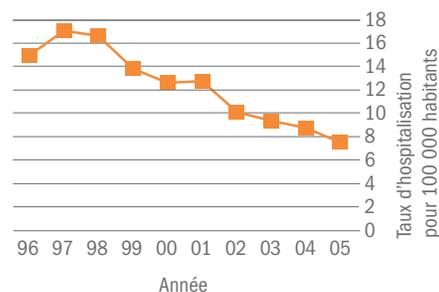
de la période de 10 ans ciblée par la présente étude, les hospitalisations ont baissé de 31 % chez les enfants de 1 à 4 ans, ce qui permet de suggérer que les lois sur les sièges de voiture, adoptées dans les années 1980, ont eu un effet réel. La baisse la plus importante du taux d'hospitalisation (83 %) a été observée chez les enfants de 5 à 9 ans. Les risques de se faire blesser dans un accident de voiture sont les plus élevés chez les enfants de 10 à 14 ans.

- Si l'on compare les taux d'hospitalisation, celui du Canada atlantique (12,5 hospitalisations/100 000 habitants) et celui du Canada dans son ensemble (12,9 hospitalisations/100 000 habitants) sont semblables.

Tendances des taux d'hospitalisation

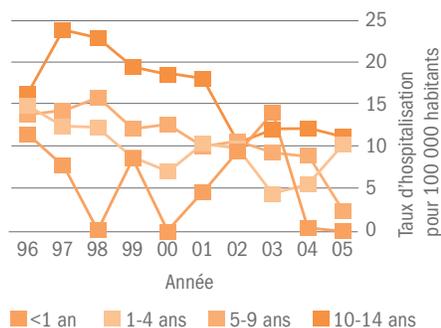
Tendances des taux d'hospitalisation des occupants de véhicules motorisés chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, entre 1996 et 2005 (taux standardisés selon l'âge).

Source : Institut canadien d'information sur la santé



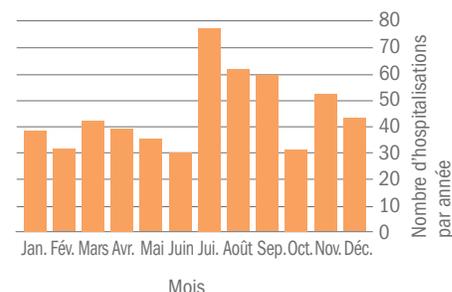
Tendances des taux d'hospitalisation des occupants de véhicules motorisés chez les enfants du Canada atlantique, selon le groupe d'âge, entre 1996 et 2005 (taux standardisés selon l'âge).

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Nombre d'hospitalisations des occupants de véhicules motorisés chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, entre 1996 et 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Principaux faits

- Dans le Canada atlantique, les enfants âgés de 10 à 14 ans sont les plus exposés aux blessures causées par des accidents de véhicules à moteur. Il est donc essentiel que les jeunes de ce groupe d'âge, quand ils sont passagers d'un tel véhicule, soient attachés,

soient assis sur la banquette arrière et ne se trouvent pas directement devant un coussin de sécurité gonflable. Les enfants de petite taille sont parfois davantage protégés dans un rehausseur.

Systèmes de retenue pour enfants (passagers d'un véhicule à moteur). S'ils sont utilisés convenablement, les sièges d'auto peuvent réduire le risque de décès de 71 % chez les nourrissons de moins de 1 an, et de 54 % chez les enfants âgés de 1 à 4 ans.⁵⁸ Les sièges d'auto réduisent également le risque d'hospitalisation de 67 % chez les enfants âgés de 4 ans et moins.⁵⁹ Les rehausseurs assurent une protection supérieure de 59 % aux ceintures de sécurité utilisées seules.⁶⁰ Les systèmes de retenue pour enfants sont efficaces parce que le harnais ou la ceinture de sécurité se trouve sur les parties du corps les mieux capables d'absorber le choc d'une collision.⁶¹ L'on estime qu'entre 44 % et 81 % des sièges de voiture et des rehausseurs ne sont pas convenablement utilisés.^{62,63,64} De plus, près des trois quarts des enfants canadiens âgés de 4 à 9 ans ne sont pas protégés par des rehausseurs.⁶⁵ Selon une analyse récente des blessures graves subies par des enfants en véhicule motorisé, 92 % des nourrissons, 74 % des jeunes enfants et 96 % des enfants d'âge scolaire n'étaient pas adéquatement retenus au moment de l'accident.⁶⁶

Les sièges pour enfants doivent être orientés vers l'arrière jusqu'à au moins 1 an et 10 kg (22 livres). Orienter ensuite le siège vers l'avant jusqu'à ce que l'enfant atteigne 18 kg (40 livres), c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 4 à 5 ans. Un rehausseur doit être utilisé jusqu'à ce que l'enfant pèse au moins 36 kg (80 livres) et mesure 145 cm (57 pouces), c'est-à-dire environ jusqu'à 9 ans. Les enfants peuvent ensuite être attachés avec la ceinture de sécurité dès qu'ils sont suffisamment grands.

Une plus grande et meilleure utilisation des systèmes de retenue pour enfants dépend d'une réglementation adéquate, de programmes d'information bien conçus, ainsi que de l'application des lois et des règlements en vigueur. Les études ont montré que plusieurs stratégies mises en œuvre, en même temps, permettent de réduire les blessures subies par les enfants pendant un accident de voiture.⁶⁷

Asseoir les enfants sur la banquette arrière. Des études ont démontré que le risque de décès dans des accidents mortels⁶⁸ est le moins élevé pour les enfants âgés de 12 ans et moins qui sont protégés par un système de retenue à l'arrière d'un véhicule, et que le risque de blessures graves est plus faible que pour les enfants assis dans d'autres sièges.^{69,70} Il a également été démontré, ce qui est inquiétant, que les coussins de sécurité gonflables placés à l'avant d'un véhicule augmentent le risque de blessures non mortelles de 84 % chez les enfants, par rapport à ce même risque pour les enfants impliqués dans des accidents comparables, mais sans présence d'un coussin de sécurité gonflable à l'avant.⁷¹

Recherche. En Nouvelle-Écosse, en 2004, Natalie Yanchar, médecin au Centre de santé IWK, a permis, grâce à son travail, de faire évoluer la loi sur les systèmes de retenue pour enfants, notamment en faisant adopter une loi sur les rehausseurs – troisième du genre au pays.⁷² Mme Yanchar collabore actuellement avec le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse pour étudier les effets de cette nouvelle loi.

Réglementation. Les quatre provinces de l'Atlantique ont amélioré leurs lois sur les systèmes de retenue pour véhicules pour y ajouter l'obligation d'avoir un rehausseur jusqu'à un certain âge : 10 ans à l'Î.-P.-É., 9 ans en Nouvelle-Écosse, 9 ans au Nouveau-Brunswick, et 8 ans à Terre-Neuve-et-Labrador, ou sur la hauteur et le poids des enfants. La Nouvelle-Écosse a adopté cette nouvelle loi en 2007, et les trois autres provinces en 2008.⁷³

Programmes. Les quatre provinces de l'Atlantique possèdent des formations pour les techniciens en dispositifs de sécurité pour enfants. Ces techniciens font souvent partie, selon la province, du personnel des ministères des transports, des centres de ressources pour les familles, des ministères de la santé publique, des services de police, ou des organismes de prévention des accidents.

En octobre 2005, l'organisme *Child Safety Link* a obtenu des fonds du ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie provinciale sur les sièges de sécurité pour enfants. Les nouveaux règlements adoptés en Nouvelle-Écosse en janvier 2007 rendent obligatoire l'utilisation d'un rehausseur jusqu'à ce que l'enfant atteigne 9 ans et mesure 145 cm (4 pi, 9 po). Avant d'adopter ces règlements, *Child Safety Link* et le ministère des Transports et du Renouvellement de l'infrastructure ont organisé ensemble une campagne d'information sur ces derniers. Pour en savoir plus sur les initiatives de *Child Safety Link* se rapportant aux sièges de voiture, consultez le site www.childsafetylink.ca.

Recherche. Continuer à enquêter sur les taux d'utilisation des rehausseurs dans le Canada atlantique et sur l'évolution de ces taux depuis l'adoption de la loi sur les dispositifs de sécurité pour enfants et les rehausseurs, ainsi que sur ce qui détermine l'utilisation de ces derniers.

Réglementation. Recommander une application renforcée des lois sur les systèmes de retenue pour enfants. Les lois donnent des résultats. Dans les années 1970 et 1980, le nombre élevé de décès et de blessures causés par des accidents de la route a convaincu les législateurs de créer des lois sur les ceintures de sécurité. Ont été adoptés, peu de temps après, des lois sur les sièges de voiture. Grâce à cette réglementation, environ 90 % des Canadiens utilisent maintenant leur ceinture de sécurité, et au moins 75 % d'entre eux utilisent des sièges de voiture pour enfants. Avant l'adoption, dans les provinces de l'Atlantique, de règlements sur les rehausseurs ainsi que la mise en place des campagnes d'information s'y rapportant, une étude nationale avait révélé que les taux d'utilisation de ce type de siège au Canada étaient faibles, puisque seulement 28 % des familles canadiennes utilisaient un rehausseur.⁷⁴ Les lois sur les rehausseurs doivent être accompagnées de campagnes d'information et d'un travail de mise en application ciblé.

Programmes. Augmenter les investissements faits par les gouvernements en ce qui concerne la sécurité des enfants en voiture. Bien que de nombreuses communautés des provinces du Canada atlantique aient formé des personnes sur les systèmes de retenue pour enfants, le Nouveau-Brunswick, l'Î.-P.-É. et Terre-Neuve-et-Labrador pourraient bénéficier d'une augmentation des fonds, par leur gouvernement, en vue d'élargir les initiatives actuelles.

Inciter les parents à orienter leurs enfants vers l'arrière du véhicule le plus longtemps possible et à utiliser un système avec harnais jusqu'à ce qu'ils atteignent 29,5 kg (65 livres) en respectant les instructions du fabricant.

Faire en sorte que les professionnels de la santé soient bien informés et possèdent les outils dont ils besoin pour conseiller les parents sur l'utilisation des systèmes de retenue pour enfants. Selon les études, les parents demandent d'abord à leur médecin des conseils sur la prévention des blessures.

Prévention des empoisonnements

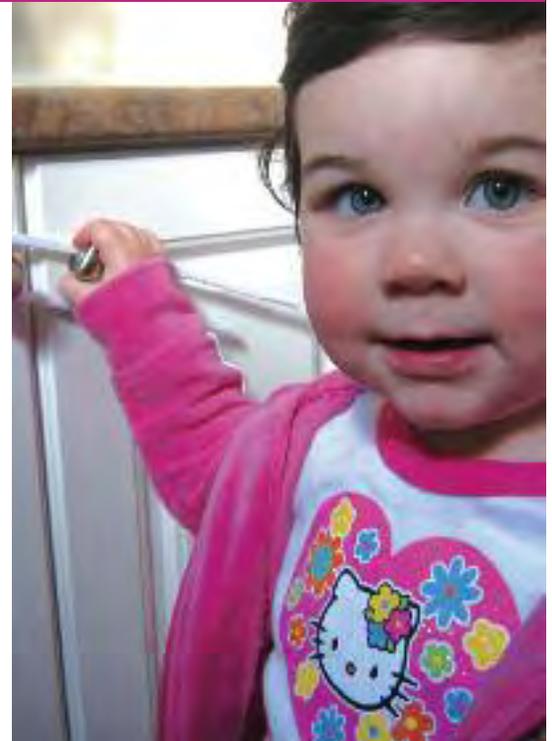
Les médicaments sont la principale cause des empoisonnements chez les enfants. Des médicaments pour adultes peuvent être mortels à petite dose pour un enfant. Dans le Canada atlantique, les empoisonnements accidentels chez les enfants âgés de moins de 14 ans ont coûté 6,7 millions de dollars en 2004.⁷⁵

Données sur les hospitalisations

- Dans le Canada atlantique, en moyenne, chaque année entre 1996 et 2005, 131 enfants âgés de 14 ans et moins ont été hospitalisés suite à un empoisonnement.
- Les enfants de moins de 5 ans représentent 79 % des hospitalisations pour empoisonnements accidentels.
- Chez les enfants âgés de 14 ans et moins, les médicaments représentent 63 % de tous les empoisonnements accidentels. Parmi les autres causes, l'on retrouve une variété importante de produits, comme les produits ménagers, l'alcool, les plantes, les engrais, les pesticides, les diluants pour peinture et les antigels.
- Les hospitalisations causées par des

empoisonnements ont baissé de 34 % pendant la période de 10 ans ciblée par cette étude.

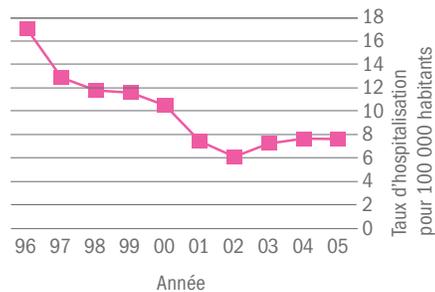
- La baisse la plus importante (42 %) a eu lieu chez les enfants âgés de 1 à 4 ans. Des baisses ont également été signalées chez les enfants âgés de 5 à 9 ans (33 %) et de moins de 1 an (11 %). Chez les enfants de 10 à 14 ans, cette baisse a été plus légère (4 %).
- Si l'on compare les taux d'hospitalisation liés aux empoisonnements, celui se rapportant aux enfants du Canada atlantique était beaucoup plus élevé (31,5 hospitalisations/100 000 habitants) que le taux national (24,5 hospitalisations/100 000 habitants).



Tendances des taux d'hospitalisation

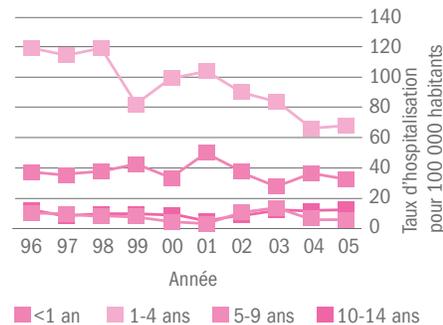
Tendances des taux d'hospitalisation pour empoisonnements chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, entre 1996 et 2005, standardisées selon l'âge.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



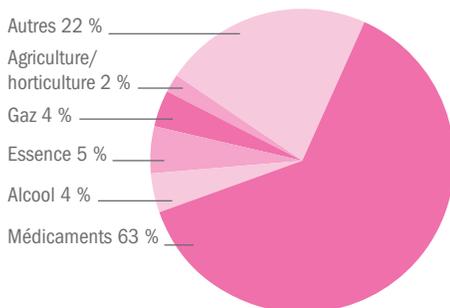
Tendances (standardisées selon l'âge) des taux d'hospitalisation pour empoisonnements chez les enfants du Canada atlantique, par groupe d'âge, entre 1996 et 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



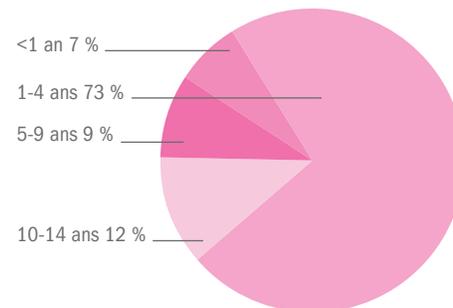
Proportion des hospitalisations pour empoisonnements, par groupe d'âge, chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Proportion des hospitalisations pour empoisonnements, selon la cause, chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Principaux faits

- Chez les jeunes enfants, le risque d'empoisonnement est particulièrement élevé car ces derniers découvrent leur environnement en mettant dans leur bouche les objets qu'ils trouvent. En outre, les habiletés motrices évoluent rapidement à ce stade : ils commencent par exemple à grimper. Cela leur permet donc d'atteindre, avec une plus grande rapidité, des objets placés à une certaine hauteur.
- Les enfants sont également plus vulnérables aux empoisonnements en raison de leur poids : une dose normale pour un adulte peut donc être mortelle pour un jeune enfant.
- Parmi les médicaments, les comprimés ou gélules de fer sont une des principales causes de décès par empoisonnement chez les enfants. Les femmes en âge de procréer prennent souvent des suppléments de fer.⁷⁶
- Les risques d'empoisonnement peuvent être plus élevés dans les maisons que les enfants visitent.⁷⁷

Les emballages à l'épreuve des enfants sont très efficaces pour réduire les empoisonnements et les décès par empoisonnement.

Des études ont montré que les emballages à l'épreuve des enfants permettent de réduire de façon significative les risques d'empoisonnement.⁷⁸ Ces emballages sont obligatoires, en vertu de la loi, pour certains médicaments.

Conserver tous les produits éventuellement toxiques dans leur contenant d'origine, sous clé et hors de portée des enfants. Tous les médicaments d'ordonnance et en vente libre, comme les suppléments de fer, doivent être mis sous clé et hors de portée des enfants. Cela comprend les médicaments qui se trouvent dans des emballages à l'épreuve des enfants : des études ont montré qu'un petit pourcentage d'enfants arrive à ouvrir ce type d'emballage.⁷⁹ Cette méthode s'applique également aux sacs à main et aux autres sacs, y compris ceux des visiteurs, qui doivent être placés hors de portée des enfants s'ils contiennent des médicaments. Tous les produits ménagers et les autres poisons doivent être conservés dans leur contenant original et hors de portée des enfants.

Se procurer des informations fiables auprès d'un centre antipoison. Les centres de renseignements téléphoniques sont efficaces pour aider les parents à savoir si un enfant risque un empoisonnement et doit être conduit à l'hôpital. Le numéro de téléphone du centre de renseignements sur les poisons devrait être conservé à proximité du téléphone.

Programmes. Les professionnels de la santé abordent la prévention des empoisonnements auprès des nouvelles mères et des familles grâce aux programmes *Meilleur départ* et *Partir du bon pied* et à des programmes d'intervention précoce pour les familles à risque, ainsi que dans les centres de ressources pour les familles, dans le cadre du travail de sensibilisation fait en permanence par ces derniers auprès des parents en ce qui a trait à la sécurité des enfants. Certains services d'urgence offrent également des informations aux parents.

Le centre antipoison régional du IWK⁸⁰ enregistre depuis 2006, dans une base de données, tous les appels effectués. L'on dispose donc désormais de statistiques sur les cas d'empoisonnement signalés à ce centre, pour la Nouvelle-Écosse et l'Î.-P.-É.

Sensibilisation du public. L'organisme *Child Safety Link* a publié deux messages d'intérêt public sur les empoisonnements (dont l'un s'intitule *Les enfants agissent rapidement – tout comme les poisons*). Il organise de plus chaque année, en Nouvelle-Écosse, une semaine de sensibilisation sur les empoisonnements, et dispose d'un certain nombre de guides et de ressources (*Guide de prévention des empoisonnements à l'intention des parents*, *Guide des plantes toxiques*, le livret *La sécurité des enfants*, et les ateliers *La sécurité des enfants*).⁸¹

Child Safety Link est en train de créer un programme lié à la sécurité à la maison (*Home Safety Curriculum*), lequel permettra de fournir à certains organismes les outils nécessaires à la conduite de cet atelier dans leurs communautés. Le site www.childsafetylink.ca propose des informations sur la prévention des empoisonnements. Un autocollant comportant le numéro de téléphone du centre antipoison a été distribué dans toutes les régions de la Nouvelle-Écosse. Les citoyens peuvent s'informer auprès du centre antipoison du IWK (lequel traite les appels de la Nouvelle-Écosse et de l'Î.-P.-É.), du Janeway Hospital de St. John's, T.-N., ainsi qu'auprès de Télésanté au Nouveau-Brunswick.

Recherche. Examiner les caractéristiques des empoisonnements chez les enfants de 1 à 4 ans et de 10 à 14 ans pour créer des programmes de prévention efficaces.

Réglementatio. Mettre davantage de mises en garde sur les médicaments dangereux et avertir les patients des dangers possibles de ces derniers pour les enfants. De petites doses de certains médicaments (p. ex. des suppléments de fer, des médicaments pour la tension artérielle ou le cœur) peuvent être mortelles pour les enfants. Les personnes qui prennent de tels médicaments doivent être informées de l'importance de les conserver hors de portée des enfants. Les mises en garde inscrites sur les emballages doivent être plus visibles.

Faire du centre antipoison du IWK un centre régional pour les provinces de l'Atlantique, ce qui permettrait d'effectuer un contrôle précis des empoisonnements dans cette région du pays. Les données recueillies pourraient alors servir à élaborer des stratégies de prévention des empoisonnements pour tous les groupes d'âge.

Information. Accroître les campagnes d'information sur la prévention des empoisonnements. Effectuer une recherche sur les pratiques se rapportant aux adultes et aux enfants, mettre des programmes en œuvre et analyser les résultats de ces derniers.

La sécurité sur les terrains de jeux



Les parents partent souvent du principe qu'il est naturel et inévitable qu'un enfant se blesse quand il joue. Or, les blessures qui se produisent sur les terrains de jeux, en grande partie causées par des chutes, peuvent être graves et vont des fractures osseuses aux blessures à la tête et à la colonne vertébrale. Les décès, qui sont rares, sont presque toujours suite à un étranglement. Les chutes qui se produisent dans les terrains de jeux ont représenté, en 2004, 9,8 M\$ du coût total des chutes subies par les enfants de 14 ans et moins provenant des provinces de l'Atlantique.⁸²

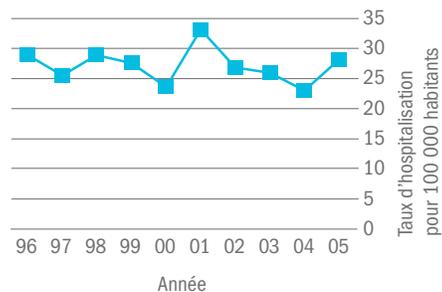
Données sur les hospitalisations

- En moyenne, chaque année entre 1996 et 2005, 115 enfants âgés de 14 ans et moins ont été hospitalisés suite à une chute sur un terrain de jeux.
- Les blessures causées par une chute sur un terrain de jeux représentent la deuxième cause d'hospitalisation pour blessures des enfants âgés de 5 à 9 ans.
- Environ 12 % des enfants ont été hospitalisés en raison de blessures graves à la tête.
- 98 % des blessures subies aux membres inférieurs et supérieurs étaient des fractures ou des dislocations.
- De façon générale, les garçons sont plus susceptibles de se blesser que les filles, que ce soit sur un terrain de jeux ou ailleurs.
- Les blessures se produisant sur un terrain de jeux ont le plus souvent lieu en été (43 %), puis en automne (29 %), au printemps (20 %), et en hiver (8 %).
- Les taux d'hospitalisation ont légèrement baissé (3 %) pendant la période ciblée par la présente étude. Le taux d'hospitalisation des enfants âgés de 5 à 9 ans a baissé de 11 %, et pour les enfants de 10 à 14 ans, de 8 %. Pour les enfants de 1 à 4 ans, ce taux a fluctué au cours de la période de 10 ans en question; il était, en 2005, deux fois plus élevé qu'en 1996.
- Si l'on compare les taux d'hospitalisations faisant suite à des chutes sur les terrains de jeux, celui des enfants des provinces de l'Atlantique était beaucoup plus faible (27,1 hospitalisations/100 000 habitants) que le taux national (31,5 hospitalisations/100 000 habitants).

Tendances des taux d'hospitalisation

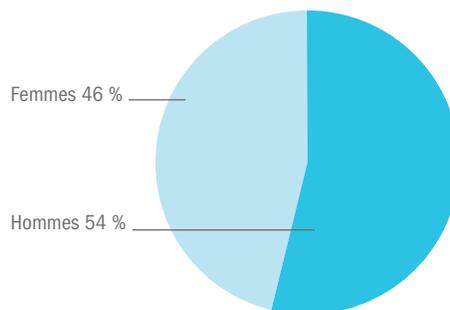
Tendances des taux d'hospitalisations faisant suite à des chutes sur terrains de jeux chez les enfants âgés de 0 à 14 ans provenant des provinces de l'Atlantique, de 1996 à 2005 (taux standardisés selon l'âge).

Source : Institut canadien d'information sur la santé



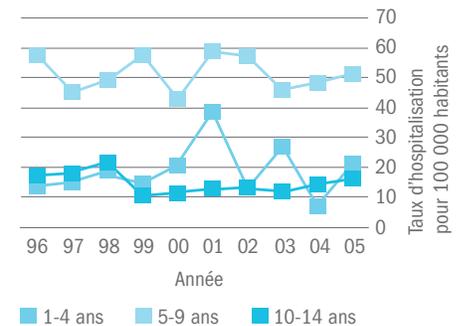
Proportion des taux d'hospitalisations faisant suite à des chutes sur terrains de jeux chez les enfants âgés de 0 à 14 ans provenant des provinces de l'Atlantique, de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Tendances des taux d'hospitalisations faisant suite à des chutes sur terrains de jeux chez les enfants des provinces de l'Atlantique, selon le groupe d'âge, de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Principaux faits

- Les terrains de jeux comportent souvent des équipements conçus pour différents groupes d'âge. Les enfants de moins de 5 ans ne devraient pas jouer sur des équipements de plus de 5 pieds de haut (1,5 m) et devraient être surveillés attentivement quand ils grimpent. Les chutes d'une hauteur supérieure à

1,5 m (5 pieds) doublent le risque de subir des blessures graves, quel que soit l'âge de l'enfant.⁸³

- Il existe un lien entre le développement d'un enfant et les chutes qui se produisent dans les terrains de jeux. Les enfants de moins de 5 ans se blessent souvent parce qu'ils ne

maîtrisent pas encore tout à fait leurs mouvements quand ils grimpent. Les enfants âgés de 5 à 9 ans aiment tester leurs limites, par exemple en sautant du haut d'un toboggan ou en faisant une utilisation autre que celle pour laquelle l'équipement a été conçu.

Améliorer les terrains de jeux pour les rendre conformes aux normes actuelles de l'Association canadienne de normalisation; faire des inspections régulières.

L'Association canadienne de normalisation a créé une norme, reconnue au plan national, sur les terrains de jeux et leur équipement. Cette norme définit de nombreux critères à respecter dans la conception et l'entretien des terrains de jeux pour réduire les risques de blessures et leur gravité, comme l'installation de rampes et de barrières de sécurité ainsi que la présence d'une couche de protection épaisse et souple sous l'équipement. Une surface adéquate peut en effet permettre de réduire la gravité des blessures.^{84,85}

Éliminer tout danger d'étranglement. Bien que les décès soient rares dans les terrains de jeu, cela peut se produire quand les cordons d'un vêtement, les écharpes ou les cordes à sauter s'emmêlent dans l'équipement, la plupart du temps en haut des toboggans. Un enfant peut également se coincer la tête dans une des ouvertures d'un équipement, ce qui s'est produit, dans certains cas, quand un enfant portait un casque de cycliste. Il est possible de réduire le risque d'étranglement en remplaçant les écharpes par des cache-cou, en apprenant aux enfants à ne pas sauter à la corde ou à ne pas utiliser d'autres cordes près de l'équipement, en retirant les cordons des blousons et des sweat-shirts, et en veillant à ce que les enfants enlèvent leur casque de vélo avant d'aller jouer sur un terrain de jeux.

Surveiller attentivement les enfants de moins de 5 ans. Des études récentes ont montré que les enfants de moins de 5 ans sont moins susceptibles de prendre des risques quand un parent se trouve à proximité d'un terrain de jeux. Moins les risques pris par un enfant sont élevés, moins les risques de se blesser le sont également.⁸⁶

Améliorer la sécurité des terrains de jeux des maisons privées. Des études ont montré que l'équipement des cours arrière des maisons représente environ 20 % de toutes les blessures qui se produisent sur les terrains de jeux. Les enfants âgés de 1 à 4 ans sont plus susceptibles de se blesser chez eux que les enfants plus âgés. Les appareils à grimper, les balançoires et les toboggans sont impliqués dans la majorité des blessures qui se produisent à la maison. Les blessures peuvent être évitées en veillant à ce que la surface de protection soit souple et fasse plusieurs centimètres d'épaisseur. Les blessures peuvent être évitées en veillant à ce que la surface de protection soit souple et fasse plusieurs centimètres d'épaisseur.⁸⁷ Les blessures peuvent être évitées en veillant à ce que la surface de protection soit souple et fasse plusieurs centimètres d'épaisseur.⁸⁸

Programmes. Les personnes qui inspectent les terrains de jeux sont agréées par l'Institut canadien pour la sécurité dans les aires de jeu.⁸⁹ Les municipalités et les ministères de l'éducation ainsi que les conseils scolaires possèdent souvent des employés agréés par cet institut pour effectuer des inspections régulières. Les propriétaires de terrains de jeux sont incités à faire inspecter et entretenir ces derniers de façon régulière pour qu'ils soient conformes aux normes actuelles de l'Association canadienne de normalisation. À l'Île-du-Prince-Édouard, *Recreation PEI* permet aux petites communautés et garderies de faire inspecter leurs terrains de jeux gratuitement ainsi que d'obtenir un rapport sur les problèmes relevés et les recommandations correspondantes.⁹⁰ Recreation PEI reçoit souvent des demandes de la part de groupes pour faire des présentations sur les normes de l'Association canadienne de normalisation et de donner des conseils sur la construction de terrains de jeux.

Sensibilisation du public. L'organisme *Child Safety Link* a créé trois messages d'intérêt public sur la sécurité des terrains de jeux. Les parents peuvent se procurer le guide intitulé *Guide à l'intention des parents sur la sécurité au terrain de jeux*⁹¹ et un livre d'histoires sur la sécurité dans les terrains de jeux, destiné aux enfants de 4 à 8 ans, intitulé *Simon et El Catapulte – La périlleuse aventure au parc*, également publié en anglais. Le Bureau d'assurance du Canada fait don de ce livre à toutes les écoles primaires des provinces de l'Atlantique. Le site Web de l'organisme *Child Safety Link* (www.childsafetylink.ca) propose des informations ainsi qu'un guide sur la sécurité liée aux terrains de jeux.

Recherche. Effectuer des recherches sur les provinces de l'Atlantique pour comprendre les circonstances des hospitalisations faisant suite à des blessures subies sur un terrain de jeux (p. ex. si les blessures se sont produites sur des terrains de jeux conformes aux normes de l'Association canadienne de normalisation, si la surface était compactée, si les enfants en question utilisaient un équipement conçu pour un groupe d'âge différent, etc.) pour mieux cibler le travail de prévention.

Faire davantage de recherches pratiques sur la sécurité des terrains de jeux. Ces recherches devraient cibler, entre autres, la conception d'équipements plus sûrs, l'amélioration des matériaux entrant dans la fabrication des surfaces, la normalisation des techniques de mesure pour les inspections, la création de normes sur les terrains de jeux des maisons privées, l'élaboration de stratégies visant à améliorer le respect des normes en vigueur, l'évaluation des effets d'une surveillance assurée par les adultes, ainsi que l'évaluation de l'efficacité des panneaux de sécurité installés dans les terrains de jeux.

Politique. Continuer à préconiser la construction des nouveaux terrains de jeux en fonction des normes de l'Association canadienne de normalisation (ACN). Il est essentiel que les personnes qui conçoivent des terrains de jeux et que celles qui les exploitent se conforment aux normes les plus récentes de l'ACN; cela concerne la conception, l'installation et l'entretien des terrains de jeux d'écoles, de garderies et de parcs communautaires. Cela nécessite donc un travail d'information permanent sur les normes en question.

Continuer à recommander que la sécurité des terrains de jeux existants soit améliorée en supprimant d'abord les dangers les plus importants. Les exploitants et les organismes ou personnes qui financent les terrains de jeux – municipalités, écoles et garderies – devraient continuer à améliorer les terrains de jeux en fonction des normes de l'Association canadienne de normalisation, et veiller à ce que ces derniers soient régulièrement inspectés et entretenus. En cas de budget insuffisant, SécuritéJeunes Canada recommande d'éliminer d'abord les risques les plus importants, par exemple modifier la surface pour mieux amortir les chutes, installer des rampes et des barrières de sécurité plus efficaces contre les chutes, et éliminer les risques d'étranglement. Les études ont montré que ces mesures sont efficaces pour réduire les risques de se blesser.

Programmes. Continuer à sensibiliser les parents sur les problèmes de sécurité liés aux terrains de jeux, particulièrement sur les équipements adaptés aux différents groupes d'âge.

La sécurité liée aux véhicules tout-terrain et hors route, et aux motoneiges

Les véhicules tout-terrain et hors route ainsi que les motoneiges sont des véhicules motorisés qui nécessitent certaines compétences au plan de la conduite pour pouvoir être utilisés de façon sûre.

Ces véhicules comportent des risques pour tous les conducteurs mais sont particulièrement dangereux pour les enfants et les adolescents, car ces derniers ne possèdent pas les habiletés motrices et les connaissances nécessaires à une conduite sans risques (quelles que soient les dimensions de la machine).

Dans le Canada atlantique, les blessures subies par des enfants de 14 ans et moins en raison d'un accident de VTT, de VHR ou de motoneige, ont coûté, en 2004, environ 4,8 millions de dollars.⁹²

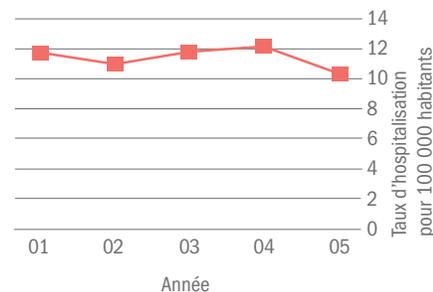
Données sur les hospitalisations

- Avant 2001, aucun code précis n'existait pour les VTT/VHR. Les données présentées ci-dessous correspondent seulement à une période de 5 ans.
- En moyenne, chaque année entre 2001 et 2005, 46 enfants des provinces de l'Atlantique âgés de 14 ans et moins ont été hospitalisés suite à un accident de VTT/VHR.
- En moyenne, chaque année entre 2001 et 2005, 11 enfants des provinces de l'Atlantique âgés de 14 ans et moins ont été hospitalisés en raison d'un accident de motoneige.
- Si l'on compare les taux d'hospitalisations faisant suite à des blessures causées par des accidents de VTT/VHR, celui des enfants du Canada atlantique est beaucoup plus élevé (5,4 hospitalisations/100 000 habitants) que le taux national (3,5 hospitalisations/100 000 habitants).

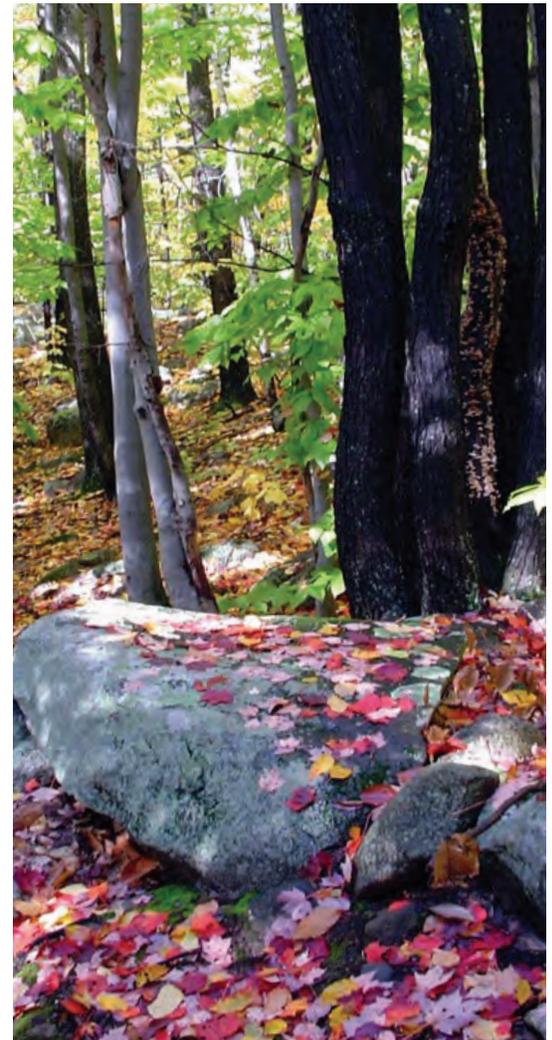
Tendances des taux d'hospitalisation

Tendances des taux d'hospitalisations faisant suite à des blessures causées par des accidents de VTT/VHR chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, entre 2001 et 2005 (standardisés selon l'âge).*

Source : Institut canadien d'information sur la santé



* Ces taux ne sont pas ajustés en fonction du nombre de kilomètres parcourus ou de la durée du trajet.



Principaux faits

- De façon générale, un « véhicule tout-terrain » est un véhicule équipé d'au moins deux pneus à faible pression de dimensions importantes, conçu pour être conduit en dehors des routes. Il peut s'agir de motos tout-terrain, de quads, de motoneiges et d'autres véhicules semblables. Par opposition, les termes « véhicule hors route » se rapportent à tous les VTT, sauf aux motoneiges.⁹³
- La majorité des patients hospitalisés suite à un accident de VTT subissent, en raison même de la taille de la machine et de la vitesse à laquelle ils la conduisent, des blessures multiples. Les blessures les plus fréquentes sont les suivantes : fractures aux membres inférieurs et extérieurs, blessures

à la tête, blessures internes à la poitrine, à l'abdomen ou au bassin, blessures aux nerfs et à la moelle épinière.^{94,95,96,97,98}

Dans l'ensemble, les blessures causées par un accident de VTT/VHR ressemblent aux blessures causées par des collisions de véhicules à moteur.⁹⁹

- Les enfants qui se sont blessés dans un accident de VTT/VHR ont, en raison des dimensions du véhicule, perdu le contrôle de ce dernier; celui-ci ayant fait un tonneau ou s'étant redressé pour venir s'écraser sur la personne, avec pour conséquence des blessures graves à la colonne vertébrale ou au tronc.¹⁰⁰
- Par rapport aux blessures causées par des accidents d'autres types de

véhicules récréatifs, subies par des enfants et des adolescents, celles causées par des accidents de VTT/VHR sont beaucoup plus graves, et il est beaucoup plus probable qu'une hospitalisation et que des ressources hospitalières plus importantes soient nécessaires.¹⁰¹

- Les blessures à la tête et les blessures internes sont le plus souvent les causes des hospitalisations faisant suite à un accident de VTT, de VHR et de motoneige.¹⁰²

Ne pas laisser les enfants de moins de 16 ans monter sur des VTT, des VHR et des motoneiges. Il s'agit en effet de véhicules motorisés qui exigent les capacités et les facultés de jugement d'un adulte. Les enfants ne disposent pas des connaissances, du développement physique, des compétences cognitives et de la motricité indispensables pour les piloter sans danger.¹⁰³

Il n'existe aucun argument selon lequel la conduite de véhicules moins puissants permet de réduire les risques de se faire blesser.¹⁰⁴ Selon la *Consumer Product Safety Commission*, les risques qu'un conducteur de moins de 16 ans se blesse pendant un trajet d'une heure sont réduits de seulement 18 % quand il s'agit d'un véhicule équipé d'un moteur de moins de 90 cm³, par rapport à un véhicule possédant un moteur supérieur à 200 cm³. Les risques encourus par un enfant, sur un véhicule moins puissant, sont presque deux fois plus élevés que pour un adulte utilisant un véhicule plus puissant. De fait, les risques qu'un jeune de moins de 16 ans se blesse en conduisant un véhicule plus petit sont *cinq fois* plus élevés que pour un adulte conduisant le même véhicule. L'âge joue donc un rôle très important dans les risques de se faire blesser.¹⁰⁵ Enfin, rien ne permet de prouver qu'une bonne formation, à elle seule, permet de réduire les risques de blessures.¹⁰⁶

Recherche. Natalie Yanchar, médecin au Centre de santé IWK, à Halifax, et ses collègues, ont relevé toutes les admissions d'enfants et d'adolescents ayant subi des blessures dans un accident de VTT en Nouvelle-Écosse. Ils ont déterminé que le nombre d'admissions avait plus que doublé entre 1990 et le début de l'année 2000, et que de très nombreux enfants avaient subi des blessures à la tête et donc nécessité un traitement intensif.¹⁰⁷

Réglementation. Les quatre provinces de l'Atlantique possèdent maintenant des lois interdisant les enfants, jusqu'à un certain âge, de conduire un VTT ou une motoneige^{108,109,110,111}; cette âge varie d'une province à l'autre. En vertu des lois en question, toute personne ayant moins de 16 ans doit être obligatoirement surveillée. Certaines provinces imposent en outre des formations. L'application de ces lois comporte cependant des difficultés et varie en fonction des provinces.

Il est intéressant de remarquer que depuis avril 2006, date à laquelle la Nouvelle-Écosse a effectué une révision de sa loi sur les véhicules hors route (*Off-highway Vehicles Act*), et que le public est davantage conscient du danger des véhicules en question, le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) ait enregistré une baisse de presque 50 % des visites aux urgences des enfants de moins de 14 ans suite à un accident de VTT.¹¹² L'enregistrement des visites aux urgences suite à un accident de VTT est essentiel pour élaborer des stratégies de prévention efficaces.

Programmes. Les ministères des Ressources naturelles et de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse ont publié un guide intitulé *Guide de conduite des véhicules hors route*,¹¹³ lequel comporte tous les règlements provinciaux, règles de conduite, de fonctionnement et d'entretien des véhicules tout-terrain.

Recherche. Enregistrer chaque cas de blessures subies par un enfant ou un adolescent suite à un accident de VTT. Suivre de près l'efficacité des stratégies, des programmes et des lois actuels. Effectuer les changements nécessaires.

Réglementation. Continuer à préconiser une interdiction, dans tout le pays, des véhicules tout-terrain motorisés adaptés aux enfants. Continuer à préconiser la mise en application des lois actuellement en vigueur. Recommander que les quatre provinces harmonisent leurs lois pour que les enfants puissent être protégés de façon optimale.

Programmes. Recommander et faire en sorte que des programmes de formation puissent être offerts, en fonction des meilleures pratiques liées aux limites d'âge et conformément aux lois en vigueur, pour que les adolescents puissent apprendre à conduire un VTT et une motoneige sans prendre de risque. Proposer aux jeunes des loisirs d'extérieur ne comportant aucun danger et leur permettant d'être actifs. Continuer à informer le public sur les lois provinciales relatives aux VTT.



Sécurité des piétons

Les blessures subies par les piétons sont la principale cause de décès chez les enfants âgés de 14 ans et moins vivant dans le Canada atlantique.

Ces blessures sont souvent graves. En raison de la petite stature d'un enfant, une voiture frappe le plus souvent l'abdomen, ce qui cause des blessures internes graves. De plus, il arrive fréquemment qu'un enfant frappé par un véhicule se glisse dessous et se fasse traîner par celui-ci. Bien que la majorité des enfants survivent à une collision avec une voiture, ils sont souvent victimes d'invalidités à long terme, comme des séquelles définitives à la tête et à des organes, ainsi que des lésions osseuses. Les coûts économiques et sociaux associés aux blessures subies par des piétons sont élevés. Dans le Canada atlantique, ces coûts sont de 4,1 millions de dollars pour les enfants âgés de 14 ans et moins.¹¹⁴

Données sur les hospitalisations

- En moyenne, chaque année, entre 1996 et 2005, 43 piétons enfants âgés de 14 ans et moins, provenant des provinces de l'Atlantique, ont été hospitalisés.
- Les piétons enfants sont plus susceptibles d'être frappés aux membres inférieurs (41 %) et de subir des blessures traumatiques au cerveau (24 %) ainsi qu'aux membres supérieurs (13 %).
- Même si tous les groupes d'âge sont à risque, le nombre le plus élevé d'accidents se trouve chez les enfants âgés de 10 à 14 ans.

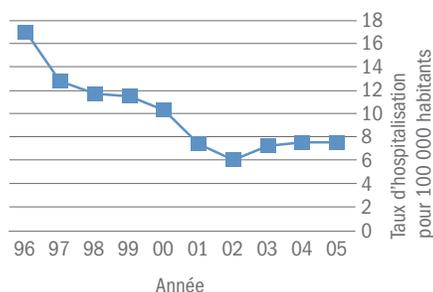
- Les accidents subis par les piétons enfants commencent et augmentent en avril et atteignent un pic en juillet, c'est-à-dire quand ces derniers jouent plus souvent dehors. Il se produit un second pic en septembre, lequel correspond à la rentrée des classes.
- Les taux de blessures subies par des piétons enfants âgés de 14 ans et moins ont baissé de 55 %.

- La baisse la plus importante (77 %) concerne les enfants âgés de 1 à 4 ans. Chez les enfants de 5 à 9 ans, cette baisse est de 63 %, et chez les enfants de 10 à 14 ans, de 30 %.
- Si l'on compare les taux d'hospitalisation des piétons enfants ayant subi des blessures, celui du Canada atlantique est semblable (10,2 hospitalisations/100 000 habitants) au taux national (10,1 hospitalisations/100 000 habitants).

Tendances des taux d'hospitalisation

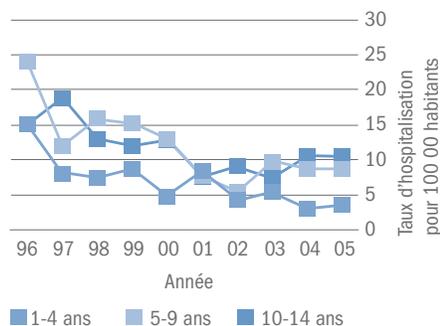
Tendances des taux d'hospitalisation chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans ayant subi des blessures en tant que piétons entre 1996 et 2005 (taux standardisés selon l'âge).

Source : Institut canadien d'information sur la santé



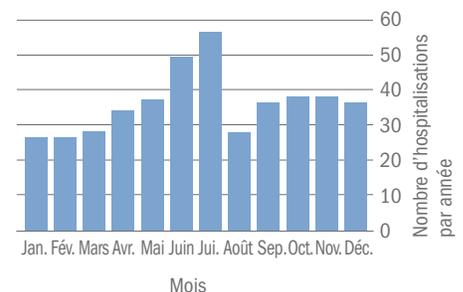
Tendances des taux d'hospitalisation chez les enfants du Canada atlantique ayant subi des blessures en tant que piétons, selon le groupe d'âge, de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Tendances des taux d'hospitalisation, en fonction du mois, chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans ayant subi des blessures en tant que piétons entre 1996 et 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Principaux faits

- La capacité d'un piéton enfant à se conduire prudemment dépend de son âge. Les jeunes enfants ont souvent une vision en tunnel, et leur petite taille limite ce qu'ils peuvent voir. Les jeunes enfants sont en outre beaucoup moins capables de comprendre le sens de la circulation et de traverser au moment qui s'y prête le

mieux. Les enfants d'âge préscolaire et scolaire sont égoïstes : pour eux, il est difficilement concevable qu'un conducteur ne soit pas conscient de leur présence. Pour toutes ces raisons, il faut deux fois plus de temps à un enfant qu'à un adulte pour prendre la décision de traverser une rue.¹¹⁵

Limiter la vitesse de la circulation. Quand la vitesse d'un véhicule dépasse 30 à 40 km/h, le conducteur et les piétons sont plus susceptibles de commettre des erreurs pour évaluer le temps nécessaire à un arrêt ou pour traverser une rue en toute sécurité.¹¹⁶ De plus, il est bien connu que les conducteurs sous-estiment leur vitesse.¹¹⁷ La limitation de la vitesse des véhicules s'est avérée efficace pour éviter des accidents et réduire la gravité des blessures.¹¹⁸

Même de légères limitations dans la vitesse des véhicules peuvent se traduire par une nette diminution du risque de blessures. Un piéton heurté par une voiture se déplaçant à 50 km/h est huit fois plus susceptible, selon les estimations, de décéder des suites de cette collision qu'une personne heurtée par un véhicule se déplaçant à 30 km/h.¹¹⁹

Enseigner la sécurité. Inciter les parents à enseigner à leurs enfants les règles de base liées à la sécurité des piétons. Les adultes doivent commencer à initier leurs enfants à la sécurité dès qu'ils les emmènent dehors pour la première fois pour marcher, et poursuivre cet enseignement jusqu'à l'adolescence. Il est essentiel que les parents expliquent à leurs enfants ce qui se passe dans la rue quand ils sont dehors à pied – cela est d'autant plus important que la simple présence de parents peut permettre de réduire les risques de blessures.¹²⁰

Parler aux enfants de sécurité et leur montrer comment traverser une rue en toute sécurité (dans plusieurs types de situation) leur permettra de prendre eux-mêmes des décisions sur leur propre sécurité.¹²¹

Cet enseignement doit être fait en fonction de l'âge de l'enfant et de son développement, lequel change de façon significative entre l'âge de 7 et de 14 ans. Il est donc important de tenir compte de cette évolution.

Rendre les collectivités plus conviviales pour les piétons. De récents travaux de recherche effectués aux États-Unis et en Europe ont établi un rapprochement entre la convivialité des collectivités pour les piétons et le nombre inférieur d'accidents chez ces derniers.¹²² Ces collectivités favorisent la marche grâce à des parcours piétonniers attrayants (avec des arbres et des sentiers, par exemple) et sûrs (grâce à des trottoirs et des passages pour piétons).

Le programme « Pace Car »¹²³ a été conçu pour inciter les citoyens à reprendre le contrôle de leurs rues et à faire ralentir la circulation dans leurs villes et villages. Ce programme a été mis au point principalement pour la municipalité régionale d'Halifax et plusieurs communautés situées en dehors de celle-ci, grâce à un partenariat avec le Centre d'action écologique et le Bureau d'assurance du Canada.

Dans le cadre de ce programme, des automobilistes acceptent de signer un engagement et de mettre un autocollant dans leur voiture. Ainsi, chaque personne concernée s'engage à respecter les limites de vitesse et à être plus courtoise, surtout avec les piétons et les cyclistes. Cet engagement permet de rendre les automobilistes plus conscients de la présence d'autres personnes dans les rues et sur les routes. Plus le nombre de personnes acceptant de participer à ce programme est important, plus celui-ci est efficace. Les premiers résultats sont encourageants : parmi les personnes ayant signé l'engagement, 100 % ont indiqué conduire moins vite, 90 % ont indiqué être plus calmes au volant, et 95 % ont indiqué être beaucoup plus courtoises (à l'égard des autres utilisateurs).

Recherche. Établir les lieux où les enfants se font frapper ainsi que les circonstances des accidents dans le but ultime d'élaborer des stratégies de prévention véritablement efficaces.

Il est important de comprendre dans quels endroits les blessures ou les décès ont lieu, c'est-à-dire à la ville ou à la campagne, à proximité des terrains de jeux ou des écoles. Étant donné que les enfants âgés de 10 à 14 ans semblent être le plus à risque, il est important de mieux comprendre les circonstances de chaque accident pour déterminer les aspects sur lesquels il faut se concentrer.

Réglementation/Modification de l'environnement. Créer des environnements plus sûrs pour les piétons en limitant à 30-40 km/h la vitesse dans les quartiers résidentiels (y compris à proximité des écoles et des terrains de jeux).

L'amélioration de la sécurité routière exige une approche rigoureuse de tous les aspects de sa planification, sa mise en œuvre, sa mise à exécution et son évaluation. Les stratégies d'amélioration de la sécurité routière doivent tenir compte du tracé des routes ainsi que des modalités d'utilisation des rues par les véhicules, les piétons et les cyclistes. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, cinq modes d'intervention peuvent réduire la vitesse dans une collectivité :

(1) des limitations de vitesse, (2) des tracés adaptés à la fonction des routes, (3) l'installation de caméras de surveillance routière ou de dispositifs de surveillance fixes, (4) la mise en œuvre de mesures éducatives et d'information du public, et (5) l'emploi de mesures d'apaisement de la circulation, comme les carrefours à sens giratoire et les ralentisseurs de vitesse. Ces mesures toutefois nécessitent un travail de planification et d'évaluation bien pensé afin que les efforts effectués pour régler un problème dans une rue donnée ne causent pas des problèmes dans d'autres rues.¹²⁴

Rendre les collectivités plus conviviales pour les piétons. Permettre aux enfants de se rendre à l'école à pied en toute sécurité, c'est-à-dire éloignés de la circulation – sur des sentiers, des trottoirs, etc. La marche et l'exercice physique comportent une foule de bienfaits pour les enfants (moins d'obésité, prévention de nombreux problèmes de santé, etc.).

Programmes. Continuer à élaborer, à mettre en œuvre et à évaluer des programmes sur la sécurité des piétons destinés aux parents et aux enfants, comme le programme « Pace Car ».

Prévention des noyades

Les noyades sont, avec les accidents affectant la respiration ainsi que les brûlures, la deuxième cause de décès chez les enfants de la région atlantique. Une noyade peut survenir rapidement et sans bruit. Les enfants qui survivent à une quasi-noyade (blessure par submersion) subissent fréquemment, et pendant longtemps, les séquelles d'un traumatisme crânien, en raison d'une période de privation de la respiration.

Dans le Canada atlantique, les coûts liés aux noyades chez les enfants âgés de 14 ans et moins ont représenté presque 345 000 \$ en 2004.¹²⁵



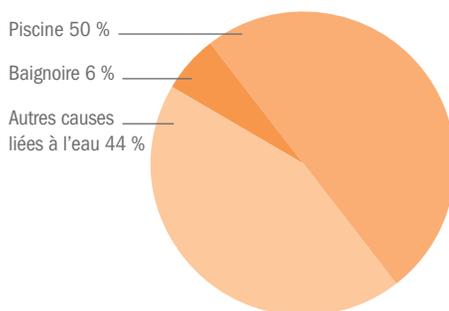
Données sur les hospitalisations

- Chaque année, en moyenne, entre 1996 et 2005, sept enfants ayant failli se noyer ont été hospitalisés.
- Les enfants de 1 à 4 ans sont les plus à risque.
- Dans le Canada atlantique, chez les enfants de 14 ans et moins, les noyades donnant lieu à des hospitalisations se produisent dans la majeure partie des cas dans des piscines (50 %), des plans d'eau comme des lacs ou des ruisseaux (44 %), et des baignoires (fable pourcentage).
- Les enfants âgés de 10 à 14 ans et de 0 à 4 ans ont été les plus souvent hospitalisés suite à des noyades dans des piscines.
- Même si la majorité des noyades (74 %) se produisent en été, 14 % ont lieu au printemps, 8 % en automne, et 6 % en hiver. En ce qui concerne les accidents se produisant en hiver et au printemps, il peut s'agir d'enfants qui tombent à travers une couche de glace.
- Les taux de noyades ont baissé de 49 % pendant les 10 années ciblées par la présente étude. Chez les enfants de 1 à 4 ans, cette baisse est de 35 %. (Au cours de cette période, aucun enfant âgé de moins d'un an n'a été, pendant 8 ans, hospitalisé après avoir failli se noyer.)
- Si l'on compare les taux d'hospitalisation liés aux noyades, celui des provinces de l'Atlantique (1,7 hospitalisation/100 000 habitants) est semblable au taux national (1,9 hospitalisation/100 000 habitants).

Tendances des taux d'hospitalisation

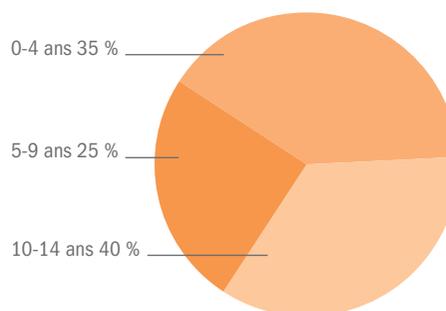
Proportion des hospitalisations liées à des noyades chez les enfants du Canada atlantique âgés de 0 à 14 ans, selon le lieu, entre 1996 et 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



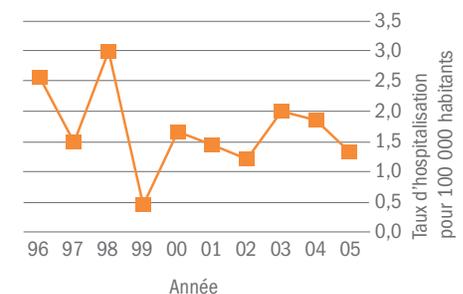
Proportion des hospitalisations liées à des accidents par noyade dans des piscines chez les enfants du Canada atlantique, selon le groupe d'âge (taux ajustés selon l'âge), de 1996 à 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Tendances des taux d'hospitalisation liés à des noyades chez les enfants âgés de 0 à 14 ans vivant dans le Canada atlantique, de 1996 à 2005 (standardisées selon l'âge).

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Principaux faits

- Les risques de noyade sont étroitement liés au développement de l'enfant. Les enfants de moins de cinq ans sont attirés par l'eau, mais ils n'ont pas conscience du danger. Ces derniers sont lourds du haut du corps et donc enclins à tomber. Les poumons des jeunes enfants sont plus petits que ceux des adultes et se remplissent vite d'eau; ils peuvent se noyer rapidement dans moins de 5 cm (2,5 pouces) d'eau.^{126,127} Entre 5 et 14 ans, les enfants sont à risque parce qu'ils surestiment parfois leurs capacités, sous-estiment la profondeur de l'eau ou la force du courant, ou se donnent pour défi de relever un défi lancé par un ami.
- Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la négligence des adultes est ce qui contribue le plus aux noyades chez les enfants.¹²⁸

Installer, sur les quatre côtés d'une piscine privée, une clôture de 1,2 m (4 pieds) munie d'une porte à fermeture automatique. Selon les chercheurs, l'installation d'une clôture pourrait empêcher 7 noyades sur 10 chez les enfants âgés de moins de 5 ans.^{129,130} Dans de nombreuses maisons, la cour arrière est protégée par une clôture, mais la piscine reste directement accessible à partir de l'arrière de la maison. Ces clôtures ne permettent donc pas de prévenir les noyades accidentelles. Dans le Canada atlantique, la moitié (50 %) des noyades chez les enfants de 14 ans et moins se produisent dans des piscines.

Porter des gilets de sauvetage en bateau. Environ 90 % des plaisanciers qui se sont noyés au Canada ne portaient pas de gilet de sauvetage.¹³¹ Les plaisanciers doivent choisir des gilets de sauvetage adaptés à leur poids et boucler leurs sangles. Sans ce type de gilet, les eaux froides du Canada peuvent rendre la survie problématique, même pour un bon nageur adulte.

Éviter d'utiliser des sièges de bain pour bébé. Ces sièges ont déjà provoqué des noyades.^{132,133} Même si les mises en garde des étiquettes avertissent les parents ou les responsables d'enfants de ne pas s'éloigner, les sièges de bain sont parfois considérés, à tort, comme pouvant remplacer la surveillance d'un adulte. Cela donne alors la fausse impression qu'il est possible de vaquer à d'autres activités pendant que l'enfant est dans la baignoire.¹³⁴ Des enquêtes effectuées au Canada et aux États-Unis indiquent que presque la moitié des parents utilisent des sièges pour enfants.^{135,136}

Apprendre aux enfants à nager en association avec les techniques de survie. Peu d'études ont été effectuées sur l'efficacité des leçons de natation comme méthode de prévention des noyades chez les enfants. Il est donc recommandé que les enfants apprennent à nager. Les adultes en revanche ne doivent pas systématiquement supposer que savoir nager peut empêcher une noyade.^{137,138}

Surveiller attentivement. Les enfants âgés de moins de 5 ans – ou tout enfant plus âgé ne sachant pas bien nager – doivent être à portée de main des adultes quand ils sont dans l'eau ou à proximité. Les études révèlent que le manque de surveillance est un facteur très important dans de nombreux cas de noyade.¹³⁹

Recherche. La Croix-Rouge canadienne compile des statistiques sur les noyades qui se sont produites dans le Canada atlantique pour son rapport annuel sur ce type d'accident. Elle se sert de ces statistiques pour revoir ses programmes et ses publications en fonction de l'évolution des tendances.¹⁴⁰

Programmes. Chaque année, dans les provinces de l'Atlantique, 53 400 enfants apprennent à nager grâce au programme « Croix-Rouge Natation », soit à l'école, soit dans des piscines municipales. Grâce à la Croix-Rouge canadienne, les provinces de l'Atlantique peuvent également emprunter, gratuitement, des vêtements de flottaison individuels pendant des périodes maximales de deux semaines.¹⁴¹

La Société de sauvetage informe le public sur la prévention des noyades ainsi que sur les techniques de sauvetage et la surveillance des baignades.¹⁴²

L'initiative « On Deck for Safety » est un partenariat rassemblant plusieurs organismes soucieux de la sécurité liée à l'ensemble des activités aquatiques. Ce partenariat met à profit les connaissances de chaque organisme qui y participe.

Sensibilisation du public. Chaque année, en juin, les provinces de l'Atlantique participent à la Semaine nationale de la sécurité aquatique. Cette initiative cible les enfants ainsi que la surveillance de ces derniers chaque fois qu'ils se trouvent dans l'eau ou à proximité. Les provinces de l'Atlantique participent également, chaque année, en mai, à la Journée nationale des gilets de sauvetage.

Étude. Continuer à utiliser le rapport fait par la Croix-Rouge sur les noyades.

Réglementation. Adopter des règlements municipaux rendant obligatoire l'installation, de chaque côté d'une piscine, d'une clôture de 1,2 m de haut (4 pieds) équipée d'une porte à fermeture automatique. De nombreux règlements municipaux n'exigent une clôture que sur 3 des 4 côtés des piscines, ce qui rend seulement obligatoire l'installation d'une clôture autour de la cour arrière. Ce dispositif n'empêche pas les enfants d'accéder directement à la piscine à partir de la maison. Les règlements en question devraient cibler aussi bien les piscines creusées que les piscines hors terre et gonflables ainsi que les bains tourbillons. Les bains tourbillons devraient être recouverts d'une bâche de sécurité verrouillée quand ils ne sont pas utilisés.

Modifier la loi fédérale sur les gilets de sauvetage pour obliger tous les plaisanciers, les enfants comme les adultes, à porter un gilet de sauvetage en permanence à bord d'un bateau. Des personnes se noient tous les ans parce qu'elles ne portent pas de gilet de sauvetage.¹⁴³ La loi actuellement en vigueur n'impose pas aux plaisanciers de porter un gilet de sauvetage mais seulement d'en avoir un à bord.

Mettre à l'étude l'interdiction des sièges de bain pour bébés à l'échelle nationale. Santé Canada analyse actuellement les cas de noyade liés aux sièges de bain pour bébés.¹⁴⁴ Les sièges et les anneaux de bain pour bébés ne sont pas des produits indispensables pour s'occuper de ces derniers; ils présentent de plus un risque de blessure très important.

Programmes. Inciter les plaisanciers à porter un gilet de sauvetage sur les bateaux; élargir/promouvoir les programmes de prêts pour vêtements de flottaison individuels.

Apprendre aux enfants à nager en association avec les techniques de survie. Peu d'études ont été effectuées sur l'efficacité des leçons de natation comme méthode de prévention des noyades chez les enfants. Il est donc recommandé que les enfants apprennent à nager. Les adultes en revanche ne doivent pas systématiquement supposer que savoir nager peut empêcher une noyade

Sensibilisation du public. Faire en sorte que les parents soient conscients des dangers associés aux sièges pour le bain, aux bateaux et aux piscines privées.



Prévention des accidents affectant la respiration

Les accidents affectant la respiration – suffocation, étranglement, étouffement et coincement – sont, avec les noyades et les brûlures ou incendies, la deuxième cause de décès chez les enfants vivant dans le Canada atlantique. Les enfants qui survivent à ce type d'accidents peuvent subir des dommages au cerveau, en raison d'une privation d'oxygène temporaire.

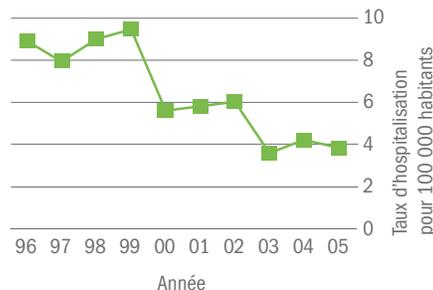
Données sur les hospitalisations

- Chaque année, en moyenne, entre 1996 et 2005, 27 enfants âgés de 14 ans et moins ont été hospitalisés en raison d'accidents affectant la respiration.
- 78 % des enfants traités suite à un accident affectant la respiration ont moins de 5 ans.
- Les enfants de moins de 1 an sont les plus vulnérables. Les accidents affectant la respiration sont la deuxième cause des hospitalisations faisant suite à des blessures chez les enfants de moins de 1 an.
- La quasi totalité (95 %) des hospitalisations faisant suite à des accidents affectant la respiration sont causées par des étouffements avec des aliments ou d'autres objets; les 5 % restants sont liés à des causes mécaniques (p. ex. étranglement avec les cordons de stores ou de rideaux).
- Le taux global des hospitalisations faisant suite à des accidents affectant la respiration a baissé de 57 % pendant la période de 10 ans ciblée par la présente étude.
- Les données révèlent une baisse encourageante des taux d'hospitalisation des enfants de moins de 1 an (45 %) et de 1 à 4 ans (79 %).
- Si l'on compare les taux des hospitalisations faisant suite à des accidents affectant la respiration, celui des enfants des provinces de l'Atlantique (6,6 hospitalisations/100 000 habitants) était beaucoup plus élevé que le taux national (5,7 hospitalisations/100 000 habitants) pendant la période en question.

Tendances des taux d'hospitalisation

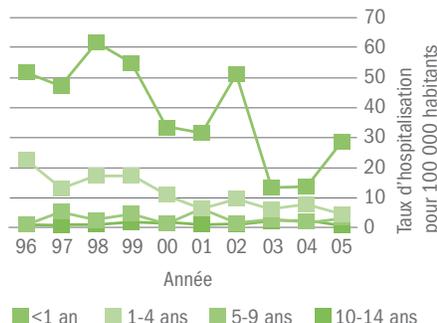
Tendances des hospitalisations faisant à suite à des accidents affectant la respiration chez les enfants âgés de 0 à 14 ans vivant dans le Canada atlantique, entre 1996 et 2005 (taux standardisés selon l'âge).

Source : Institut canadien d'information sur la santé



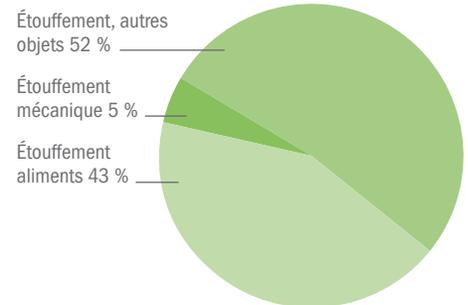
Tendances des hospitalisations faisant à suite à des accidents affectant la respiration chez les enfants du Canada atlantique, selon le groupe d'âge, entre 1996 et 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Proportion des hospitalisations faisant à suite à des accidents affectant la respiration chez les enfants âgés de 0 à 14 ans vivant dans le Canada atlantique, entre 1996 et 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Principaux faits

- Certains jeux qui favorisent la croissance des enfants comportent des dangers directement liés à leur respiration. En effet, les jeunes enfants explorent en permanence leur univers en mettant tout ce qu'ils trouvent dans leur bouche. Ils ne sont pas en mesure de distinguer les choses qui ont bon goût, ou qui ont une texture intéressante, de celles qui sont nocives. Ils n'ont pas non plus de dents pour broyer les aliments. Chez un enfant, le risque de s'étouffer est plus important si celui-ci mange en courant, en riant, en parlant ou en pleurant.
- Les aliments les plus souvent responsables d'étouffement sont les fruits secs (noix, amandes, noisettes, etc.), les carottes crues et les grains de maïs se trouvant dans le maïs soufflé.¹⁴⁵
- Entre 1989 et 2008, au Canada, 27 enfants sont morts et 23 autres se sont blessés en s'étranglant avec des cordons de stores pour fenêtres.¹⁴⁶
- Selon une étude américaine, les ballons de latex sont la troisième cause de décès faisant suite à un étouffement, par ordre de fréquence, chez les jeunes enfants. Un morceau de ballon est particulièrement difficile à déloger des voies respiratoires d'un enfant. Selon les chercheurs, les ballons de latex présentent un risque pour les enfants de tous les groupes d'âge.¹⁴⁷

Éloigner les enfants de moins de trois ans des causes possibles d'étranglement.

Ne pas donner à un enfant de moins de 3 ans des fruits secs (noix, amandes, noisettes, etc.), des carottes crues ou du maïs soufflé. Ne mettre aucun objet de petite dimension près d'un enfant. Tout objet suffisamment petit pour pouvoir être inséré dans le rouleau de carton d'un rouleau de papier toilette peut provoquer des étouffements chez un enfant. Ne pas non plus donner à un enfant ou laisser près de lui des ballons en latex.

Éliminer ou modifier tout objet pouvant provoquer des étranglements.

Les objets les plus souvent associés aux étranglements sont les cordons de rideaux ou de stores. Ces derniers doivent être raccourcis, noués les uns aux autres et éloignés des mains des enfants.

S'assurer que les enfants dorment dans des endroits ne comportant aucun risque.

Les jeunes enfants doivent dormir dans des lits ou des berceaux qui ont été fabriqués après 1986. Ils ne doivent pas dormir dans une literie molle où ils peuvent s'étouffer, comme les couettes, les oreillers, les bordures de protection, ainsi qu'avec des animaux en peluche.¹⁴⁸

Adopter de nouveaux règlements. Tout ce qui se rapporte à la réglementation est très efficace pour réduire les accidents et les décès. Par exemple, la dernière modification des règlements sur les lits d'enfants et les berceaux, qui date de 1986, a permis de fabriquer de matelas plus sûrs pour éviter les décès en se coinçant la tête. Entre 1972 et 1986, 43 décès ont été attribués à des lits d'enfants. Au cours des deux décennies suivant cette modification, 37 décès ont été recensés, dont 36 liés à des lits d'enfants fabriqués avant 1986.¹⁴⁹

Programmes. Les professionnels de la santé abordent avec les jeunes parents la prévention des accidents pouvant affecter la respiration d'un enfant, grâce au programme *Meilleur départ* et à des programmes d'intervention précoce pour les familles à risque, ainsi que dans les centres de ressources pour les familles, dans le cadre du travail de sensibilisation fait en permanence par ces derniers auprès des parents en ce qui a trait à la sécurité des enfants. Certains services d'urgence offrent également des informations aux parents.

L'atelier de *Child Safety Link*¹⁵⁰ portant sur la sécurité des enfants et la sécurité à la maison aborde les accidents affectant la respiration. *Child Safety Link* est en train de créer un programme sur la sécurité à la maison (*Home Safety Curriculum*), lequel permettra de fournir à différents organismes les outils nécessaires à la conduite de cet atelier dans leurs communautés. Le guide intitulé *La sécurité des enfants* est également distribué dans les provinces des Maritimes par les ministères de la santé, les centres de ressources pour les familles et certains organismes. Le site Web de *Child Safety Link* propose une visite virtuelle de chaque pièce d'une maison pour rendre celle-ci plus sûre (www.childsafetylink.ca).

Des organismes comme Ambulance Saint-Jean et la Croix-Rouge canadienne ont intégré à leurs cours portant sur les premiers soins la prévention ainsi que le traitement initial des étouffements. La Croix-Rouge offre également des cours de secourisme d'urgence et de RCR pour les enfants.

Sensibilisation du public. *Child Safety Link* a diffusé, sur la chaîne CTV, plusieurs messages d'intérêt public portant sur la prévention des accidents affectant la respiration. Le message sur la sécurité des terrains de jeux abordait le problème des casques pouvant causer des étranglements, et celui portant sur les berceaux et lits d'enfants abordait les étouffements causés par les bordures de protection, les couvertures et les jouets placés dans un berceau.

Réglementation. Multiplier les inspections de produits de grande consommation au Canada.

Même si les consommateurs peuvent supposer que tout produit pour enfants mis sur le marché a été testé ou inspecté, et est donc considéré sûr, cela n'est pas actuellement le cas. En effet, chaque année, des enfants se blessent avec des jouets. SécuriJeunes Canada recommande donc une surveillance accrue ainsi qu'une meilleure sensibilisation du public et une modification des lois relatives à la sécurité des produits de consommation. Cet organisme recommande également qu'un « principe de précaution » et des « exigences générales en matière de sécurité » soient intégrés aux lois fédérales relatives aux produits de consommation. Ces modifications permettraient de disposer de lois qui soient davantage en accord avec les attentes des consommateurs en ce qui a trait à la sécurité des produits de consommations.

Aider SécuriJeunes Canada à promouvoir les tests de produits par des enfants avant leur mise en marché.

Les produits devraient être fabriqués, et les normes élaborées, en fonction de la sécurité des enfants. Les fabricants, les distributeurs, les détaillants et les organismes chargés de l'élaboration de normes en matière de sécurité devraient avoir pour responsabilité d'intégrer la notion de sécurité dans la conception des produits de consommation, ainsi que de prendre des mesures correctives immédiates chaque fois que des risques liés à des produits déjà mis en vente sont identifiés.

Programmes. Continuer à sensibiliser les parents et les familles sur les risques d'étouffement ainsi que sur leur élimination.

Permettre aux parents et aux professionnels de la santé de connaître et d'avoir accès aux programmes de *Child Safety Link* et de SécuriJeunes Canada.

Expliquer aux parents des provinces de l'Atlantique que les produits pour enfants ne sont pas tous sans dangers, et qu'ils doivent signaler les risques qu'ils découvrent au service de sécurité des produits de consommation de Santé Canada. Faire circuler dans toutes les régions de l'Atlantique les avis de rappel de produits émis par Santé Canada.

Prévention des brûlures

Les brûlures sont, avec les accidents affectant la respiration et les noyades, la deuxième cause de décès chez les enfants vivant dans le Canada atlantique. Les incendies domestiques sont les principales causes de décès liés à des incendies et à des brûlures, mais les enfants sont plus susceptibles d'être hospitalisés suite à des brûlures de contact avec de la vapeur ou des liquides brûlants (ébouillancements), dont l'eau du robinet. Chez un enfant, les brûlures graves ont des conséquences à long terme : défigurement, handicap physique permanent, problèmes de nature psychologique.

Dans le Canada atlantique, les coûts associés aux brûlures subies par des enfants âgés de 14 ans étaient de 5,5 M\$ en 2004.¹⁵¹

Données sur les hospitalisations

- Chaque année, en moyenne, entre 1996 et 2005, 58 enfants âgés de 14 ans et moins ont été hospitalisés pour des brûlures subies dans un incendie ou pour d'autres types de brûlures.
- Les enfants âgés de 1 à 4 ans, qui sont les plus à risque, représentent 53 % de toutes les hospitalisations d'enfants et de jeunes de cette catégorie.
- La plupart des hospitalisations (60 %) pour brûlures ont les raisons suivantes : robinet d'eau chaude, boissons chaudes, nourriture, matières grasses, huiles de cuisson, fluides et vapeurs dont la température est élevée.
- Les robinets d'eau chaude sont responsables de 10 % des brûlures nécessitant une hospitalisation.
- Les incendies et les flammes (19 %) ainsi que le contact avec des appareils (10 %) sont les autres causes des hospitalisations (10 %).
- Le taux global des hospitalisations faisant suite à des brûlures/incendies a baissé de 54 % pendant la période de 10 ans ciblée par la présente étude.
- Le taux global des hospitalisations faisant suite à des échaudures a baissé de 42 % pendant la période de 10 ans ciblée par la présente étude. Cela comprend une baisse

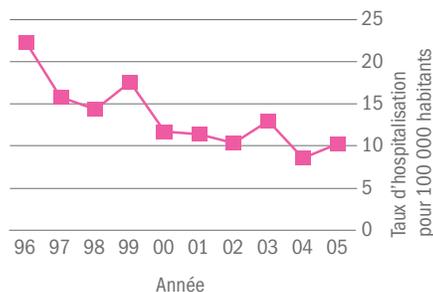
de 42 % chez les enfants âgés de 1 à 4 ans, une baisse de 9 % chez les enfants âgés de moins de 1 an, et d'une baisse de 15 % chez les enfants âgés de 5 à 9 ans. Le taux d'hospitalisation chez les enfants de 10 à 14 ans a également baissé, et, en 2006, aucune hospitalisation causée par des échaudures n'a été enregistrée.

- Si l'on compare les taux d'hospitalisations ayant pour cause des incendies/brûlures, celui des enfants des provinces de l'Atlantique (13,9 hospitalisations/100 000 habitants) était beaucoup plus élevé que le taux national (11,4 hospitalisations/100 000 habitants).

Tendances des taux d'hospitalisation

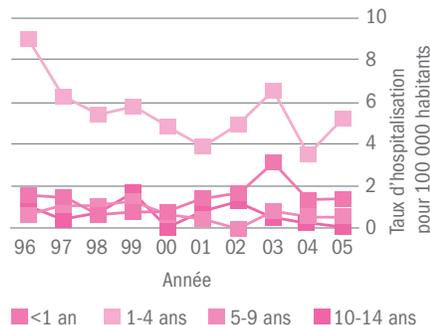
Tendances des taux d'hospitalisations causées par des incendies/brûlures chez les enfants des provinces de l'Atlantique âgés de 0 à 14 ans, entre 1996 et 2005 (taux standardisés selon l'âge).

Source : Institut canadien d'information sur la santé



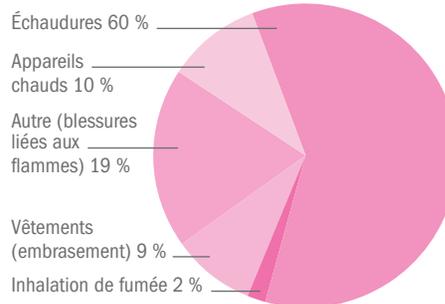
Tendances des taux d'hospitalisations causées par des échaudures chez les enfants des provinces de l'Atlantique, par groupe d'âge, entre 1996 et 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Causes des hospitalisations faisant suite à des incendies/brûlures chez les enfants des provinces de l'Atlantique âgés de 0 à 4 ans, entre 1996 et 2005.

Source : Institut canadien d'information sur la santé



Principaux faits

- Les jeunes enfants ne sont pas en mesure de comprendre les dangers associés aux brûlures et possèdent un temps de réaction plus lent que les enfants plus âgés.
- Les enfants sont particulièrement vulnérables aux brûlures parce que leur peau est plus fine que celles des adultes. La peau d'un enfant brûle 4 fois plus rapidement et profondément que celle d'un adulte, à température égal.¹⁵²

À cause de la rapidité de leur croissance physique, les enfants sont particulièrement prédisposés aux cicatrices et à la contraction de la peau et des tissus sous-jacents pendant leur guérison.

- En général, au Canada, l'eau du robinet d'eau chaude est de 60 °C (140 °F), ce qui peut causer, en moins de 5 secondes, des brûlures au troisième degré chez un enfant.¹⁵³ Ces brûlures peuvent se

produire quand un enfant se baigne ou se lave les mains. De nombreuses brûlures graves se produisent quand un enfant est surveillé.¹⁵⁴ Les brûlures à l'eau chaude sont souvent graves et couvrent souvent une partie importante du corps.¹⁵⁵

RRéduire la température de l'eau chaude à 49 °C (120 °F). Les risques de brûlure avec le robinet d'eau chaude peuvent être nettement réduits en abaissant la température des chauffe-eau alimentés au gaz ou au mazout à 49 °C (120 °F).¹⁵⁶ La température des chauffe-eau électriques devrait être maintenue à 60 °C (140 °F) pour éviter les problèmes de qualité. Des accessoires de contrôle de la température de l'eau peuvent être installés sur la tuyauterie pour qu'elle ne dépasse pas 49 °C (120 °F) à la sortie du robinet.

Empêcher les enfants d'avoir accès aux liquides et aux appareils qui sont chauds. Il arrive que des enfants se brûlent en tirant vers eux des bouilloires remplies d'eau chaude, ou avec de la nourriture dont la température est élevée. Des barrières de sécurité devraient être installées devant les portes vitrées des foyers à gaz. Une fois l'alimentation du foyer arrêtée, la température de ces portes peut atteindre 245 °C (473 °F) en 6 minutes environ; elles refroidissent en 45 minutes environ.¹⁵⁷

Réglementer l'utilisation des produits qui augmentent les risques d'incendies et de brûlures. Depuis l'utilisation de matériaux ignifugés dans la literie des enfants, aucun décès ni aucune blessure n'ont été signalés.¹⁵⁸ Depuis l'introduction de briquets à l'épreuve des enfants, les incendies causés par des briquets ont baissé de 58 %.¹⁵⁹

Installer des détecteurs de fumée à chaque niveau des habitations et dans chaque pièce où l'on dort. Les détecteurs de fumée sauvent des vies : le risque de décès lié à des incendies est multiplié par trois dans les habitations qui ne sont pas équipées d'avertisseurs de fumée.¹⁶⁰ La majorité des enfants morts dans un incendie domestique vivaient dans des habitations qui n'avaient pas de détecteurs de fumée ou dont les détecteurs fonctionnaient mal. Ces détecteurs devraient être testés tous les mois et les piles changées tous les ans.

Réglementation. Toutes les nouvelles maisons et les maisons rénovées doivent être équipées d'au moins un détecteur de fumée câblé.

Programmes. Les casernes de pompiers des provinces de l'Atlantique participent à des semaines de prévention et font des présentations dans les écoles. Les principaux messages véhiculés sont les suivants : installation de détecteurs de fumée à tous les étages d'une habitation, vérification des piles deux fois par an, c'est-à-dire au printemps et en automne quand les changements d'heure sont effectués. Ces présentations portent également sur l'importance d'avoir un plan d'évacuation et de répéter celui-ci.

L'atelier de *Child Safety Link* portant sur la sécurité des enfants et la sécurité à la maison aborde les incendies et les brûlures. *Child Safety Link* est en train de créer un programme sur la sécurité à la maison (*Home Safety Curriculum*), lequel permettra de fournir à certains organismes les outils nécessaires à la conduite de cet atelier dans leurs communautés.

Sensibilisation du public. L'organisme *Child Safety Link* a diffusé un message d'intérêt public sur le problème des incendies et des brûlures ainsi que sur leur prévention. Ce problème est également abordé dans le guide intitulé *La sécurité des enfants* et dans la visite virtuelle d'une habitation sur le site www.childsafetylink.ca.



Réglementation. Modifier le code du bâtiment et de la plomberie pour les immeubles d'habitation afin que la température de l'eau chaude ne dépasse pas 49 °C (120 °F) à chaque robinet. Montrer aux parents comment ajuster la température des chauffe-eau qui fonctionnent au mazout ou au propane. Former des partenariats pour pouvoir fournir aux familles, gratuitement, des appareils permettant d'ajuster la température des chauffe-eau électriques, ou rendre ces appareils abordables.

Rendre plus exigeantes les normes qui régissent les produits afin de diminuer les risques d'incendie et de brûlure. Les produits ménagers et leurs normes devraient être conçus en tenant compte des risques propres aux enfants. Les guides de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) traitent entre autres de la sécurité et contiennent des principes directeurs devant être intégrés aux normes. Les Guides ISO/CEI 50 et 51 constituent d'excellents exemples dans ce sens. L'amélioration des normes de sécurité doit être complétée par des mesures éducatives et de mise à exécution des règlements et des lois. Il est indispensable que les règlements en vigueur soient appliqués et améliorés au fil du temps, en fonction des futurs travaux de recherche et des données sur les blessures.

Programmes. Mieux sensibiliser le public sur les risques de brûlure à domicile. Une enquête de 2001 de SécuritéJeunes Canada a permis de constater que 70 % des parents ignoraient que leurs enfants étaient exposés à des risques de brûlure très élevés liés aux liquides chauds.¹⁶¹ Il est important de s'assurer que tous les professionnels de la santé, de la sécurité et des services sociaux, qui travaillent auprès des familles et des parents, possèdent les connaissances et les outils dont ils ont besoin. Il est également important de former des partenariats pour donner des détecteurs de fumée et des piles ainsi que pour faire des vérifications à domicile.

Apprendre aux parents/élèves à créer des plans d'évacuation et leur expliquer l'importance d'avoir des détecteurs de fumée à chaque étage d'une habitation (détecteurs photoélectriques ou à variation d'ionisation).

Méthodologie

Objectif de l'étude

Cette étude a pour objectif d'examiner les tendances liées aux blessures non intentionnelles subies par les enfants du Canada atlantique (Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador). Les enfants ciblés sont âgés de 14 ans et moins. Les blessures non intentionnelles sont définies de la façon suivante : conséquence non prévisible ou aléatoire d'une blessure ou d'un dommage causé par un acte volontaire provoquant une exposition intense à une force dépassant la tolérance humaine.

Sources des données

Les données qui ont servi à cette étude proviennent de deux sources : les données sur les hospitalisations proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), et les chiffres liés aux décès et aux estimations annuelles correspondantes proviennent de Statistique Canada.

Les données sur les hospitalisations de l'ICSI sont issues des bases de données suivantes :

- Base de données sur les congés des patients (DAD), CIM-9, 1995-2003. *Tout le Canada, sauf le Québec et le Manitoba (à part Winnipeg).*
- Base de données sur les congés des patients (DAD), CIM-10, 2001-2005. *Tout le Canada, sauf le Québec et le Manitoba (à part Winnipeg).*

Les données sur les décès ont été communiquées par Statistique Canada :

- Base de données sur les causes de décès, 1995-2004. *Tout le Canada et le Canada atlantique.*

Les estimations sur la population ont été communiquées par Statistique Canada :

- Données de recensement, Statistique Canada. Tableau 051-0001 – Estimations sur la population, par groupe d'âge et par sexe (population au 1^{er} juillet), *Canada, provinces et territoires, annuel* (personnes sauf indication contraire) (tableau), CANSIM (base de données), E-STAT (distributeur).

Pour permettre une comparaison des provinces ciblées, les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe. L'utilisation d'estimations démographiques correspondant à une population type permet de calculer des taux dont la comparaison est plus significative, car ils sont corrigés pour la variation de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre.

Codes des causes extérieures : Classification internationale des maladies

L'étude des tendances des blessures d'après les tendances globales des hospitalisations et des décès s'est appuyée sur les données relatives à toutes les blessures non intentionnelles. Pour l'analyse des tendances des blessures d'après les causes extérieures, SécuritéJeunes Canada a sélectionné les principales causes de blessures en fonction du fardeau qu'elles représentent. D'autres causes ont également été ajoutées en raison de leur importance pour les actions de prévention des blessures chez les enfants entre 1996 et 2005.

Les blessures sont classées selon les catégories du système de codage de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les provinces de l'Atlantique ont été classées selon la classification CIM-9. Les hôpitaux ont commencé en 2001 à utiliser la classification CIM-10CA.

Extrapolation des données

La présente étude n'avance pas de relation de cause à effet par rapport aux tendances relatives aux blessures. Notre analyse s'est appuyée sur les données relatives à la période allant de 1995 à 2004 pour les décès, et à la période allant de 1996 à 2005 pour les données sur les hospitalisations, puisque ce sont les années les plus récentes pour lesquelles ces données étaient disponibles.

Récapitulation des données extrapolées

I. Données sur les décès. Les données sont limitées en raison de la faiblesse des chiffres et pour des questions de confidentialité.

II. Données sur les hospitalisations faisant suite à des blessures, 1996-2005. Des données sont disponibles pour la période allant de janvier 1996 à décembre 2005, en fonction de l'année et du mois du congé de chaque patient. Les courbes correspondant aux nombres des hospitalisations, pour les années en question, ont été tracées à l'aide de Microsoft Excel pour chaque catégorie (blessures accidentelles, groupes d'âge, sexe, principales causes).

Les patients décédés à l'hôpital, transférés vers d'autres établissements de soins actifs, admis à l'hôpital une seconde fois, ou ayant subi un événement indésirable dans un hôpital, ont été exclus des données qui ont servi à la présente étude.

Les dossiers manquants ou comportant des codes de diagnostic principal non valides ou correspondant à des blessures de causes extérieures (0,9 %) ont également été exclus.

Références méthodologiques

- BARELL, V., AHARONSON-DANIEL, L., FINGERHUT, L.A., MACKENZIE, E.J., ZIV, A., BOYKO, V. et autres, An introduction to the Barell body region by nature of injury diagnosis matrix, *Injury Prevention*, 8, p. 91-96, 2002.
- Institut canadien d'information sur la santé, base de données sur les sorties d'hôpital, 1996-2005.
- National Center for Health Statistics, International Collaborative Effort (ICE) on Injury Statistics, *Injury Mortality Diagnosis Matrix, Detailed ICD-10 Code Listing for All Injury Diagnosis Codes - Informations obtenues à partir du site suivant : ftp://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/injury/icd10matrix/icd10_diamatrix.xls.*, 2005.
- National Center for Health Statistics, The Barell Injury Diagnosis Matrix, Classification by Body Region and Nature of the Injury, Informations obtenues à partir du site suivant : http://www.cdc.gov/nchs/data/ice/final_matrix_post_ice.pdf, 2005.
- National Center for Health Statistics, Corrected Table II – Informations obtenues à partir du site suivant http://www.cdc.gov/nchs/data/ice/10_diamatrix.pdf, 2006.
- National Center for Health Statistics, International Collaborative Effort (ICE) on Injury Statistics. ICD-10 Framework: External Cause of Injury Mortality Matrix – Informations obtenues à partir du site suivant www.cdc.gov/nchs/data/ice/icd10_transcode.pdf, 2002.
- National Center for Health Statistics, International Collaborative Effort (ICE) on Injury Statistics. ICD-9 Framework for Presenting Injury Mortality Data – Informations obtenues à partir du site suivant www.cdc.gov/nchs/about/otheract/ice/matrix.htm, 1999.
- Statistique Canada, âge et sexe, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, recensements de 1996 à 2001, numéro au catalogue : 97F0003XCB2001001
- Statistique Canada, population selon le sexe et le groupe d'âge, par province et groupe d'âge (nombre, hommes et femmes), Tableau 051-0001. Données obtenues le 11 juin 2008 sur <http://www40.statcan.ca/102/cst01/demo31a-fra.htm>
- Statistique Canada, population selon le sexe et le groupe d'âge, pour le Canada, par province et par territoire, recensements de 1921 à 2001, numéro au catalogue : 97F0003XCB2001002
- Statistique Canada, causes de décès, demande et rapport adaptés.

L'information de Statistique Canada est utilisée avec l'autorisation de Statistique Canada. Il est interdit de reproduire et de distribuer les données, dans leur format d'origine ou un format modifié, à des fins commerciales, sans l'autorisation de Statistique Canada. Pour obtenir des renseignements sur la disponibilité des données de Statistique Canada, communiquez avec les bureaux régionaux de Statistique Canada, consultez le www.statcan.gc.ca ou composez le numéro sans frais 1-800-263-1136.

Codes des causes extérieures des blessures accidentelles

Causes extérieures	CIM-9	CIM-10
Cyclisme	E810-E819(.6), E800-E807(.3); E820-E825(.6); E826.1.,9; E827-E829(.1)	V10-V18, V19(.0-.6,.8,.9)
Cyclisme – Circulation	E810-E819(.6)	V12-V14(.3-.9), V19(.4-.6)
Cyclisme – Autre	E800-E807(.3); E820-E825(.6); E826.1.,9; E827-E829(.1)	V10-V11, V12-V14(.0-.2), V15-V18, V19(.0-.3,.8,.9)
Piéton	E810-E819(.7), E800-E807(.2), E820-E825(.7), E826-E829(.0)	V1, V2-V4(.0,.1,.9), V5, V6, V9(.0-.3,.9)
Piéton – Circulation	E810-E819(.7)	V2-V4(.1,.9), V09.2
Piéton – Autre	E800-E807(.2), E820-E825(.7), E826-E829(.0)	V1, V2-V4(.0), V5, V6, V9(.0,.1,.3,.9)
Occupant d'un véhicule à moteur	E810-E819(.0,.1)	V30-V79(.4-.9), V83(.0-.3)
Noyade/submersion	E830.0-.9, E832.0-.9, E910.0-.9	W65-W74
Baignoire	E910.4	W65, W66
Piscine	E910.8	W67, W68
Empoisonnement	E850.0-E869.9	X40-X49
Médicaments	E850.0-E858.9	X40-X44
Alcool	E860	X45
Produits ménagers	E861	-
Produits pétroliers	E862	X46
Produits agricoles et horticoles	E863	X48
Produits corrosifs et toxiques	E864	-
Aliments et plantes vénéneuses	E865	-
Autres produits solides et liquides non précisés	E866	X49
Gaz toxiques	E867-869	X47
Incendie/brûlure	E890.0-E899, E924(.0-.9)	X00-X19
Ébouillancements	E924.0	X11-X13
Eau chaude du robinet	-	X10, X111
Fumées	E890-892(.1,.2)	-
Appareils chauds	E924.8	X15, X16
Embrasement des vêtements	E893, E894	-
Embrasement de la literie	E898.0	-
Chutes	E880.0-E886.9, E888	W00-W19
Lits ou chaises	E884.2	W06, W07
Équipement de terrains de jeu	E884.0	W09
Escaliers et marches	E880.9	W10
Suffocation	E911-E913.9	W75-W84
Inhalation d'aliments	E911	W79, W78
Inhalation d'autres objets	E912	W80
Suffocation mécanique accidentelle	E913	W75, W76, W77, W81, W83, W84
VTT/Motoneige	E820-E821	V86(.00-.68), V87

Source : International Collaborative Effort (ICE) on Injury Statistics. External Cause of Injury Mortality Matrix.

Méthodologie

Codes de diagnostic des blessures : Partie du corps

Partie du corps	CIM-9	CIM-10
Traumatisme crânio-cérébral	800-801(.9), 803-804(.9), 850-854 995(.55), 950(.1-3)	S02(.0-1,.3,.7-9), S04.0, S06, S07, S09.2, S09.7, S09.9 T90(.4,.8), T90.5, T90.9
Autres blessures à la tête et au cou	802, 807(.5-6), 830, 848(.0-2) 870-874, 900, 910, 918, 920, 921 925.1, 925.2, 940, 941(.0-99), 947(.0) 950(.0,.9), 951, 953.0, 954.0, 957.0 959(.01,.09)	S00, S02(.2,.4-6), S03(.0-5), S04(.1-9), S05(.0-9), S08(.0-9) S09.1, S09.2, S10, S11, S12(.8-9), S13(.2-3, .5-6), S14(.3-6) S15(.0,.2-9), S16, S17, S18, S19.7, S19.8, S19.9, T00.0, T01.0 T02.0, T03.0, T04.0, T15-T16, T17(.0-4), T18.0, T20, T27.0, T27.4 T28.0, T28.5, T33.1, T34.1, T35.2, T90.0, T90.3, T95.0
Moelle épinière	806(.0-9), 952(.0-9)	S14(.0-1), S24(.0-1), S34(.0-1,.3), T09.3, T91.3
Colonne vertébrale blessure	805(.0-9), 839(.0-59), 847(.0-4)	S12(.0-7), S13(.0-1), S13.4, S14.2, S15.1, S22(.0-1) S23(.0-1), S23.3, S24.2, S32(.0-2), S33(.0-2), S33(.5-7) S34(.2-4), T08, T09.4, T91.1
Torse	807(.0-4), 808, 809 839(.61-79), 846, 847.9, 848(.3-4) 860-867, 875-879(.7) 901-902(.5), 902(.81-82) 911, 922(.0-9), 926(.0-9), 942(.0-99) 953(.1-3), 953(.5), 954(.1) 954(.8-9), 959.1	S20, S21, S22(.2-9), S23.2, S23(.4-5), S24(.3,.6), S25, S26.0 S26.8, S26.9, S27(.0-9), S28.0, S28.1, S29(.0,.8), S29.7, S29.9 S30(.0-2,.7-9), S31(.0,.1-5,.7,8), S32(.3-8), S33(.3-4), S34(.5,.6,.8) S35(.0-5,.7-9), S36, S37, S38(.0-3), S39(.0,.6-9), T00.1, T01.1 T02.1, T03.1, T04.1, T04.7, T06.5, T09(.0-9), T17.5, T17(.8-9) T18(.1-.2, .5,.8-9), T19, T21, T27(.2-3,.6-7), T28(.1-3,.6-8), T33.2 T33.3, T34.2, T34.3, T35.3, T91.2, T91.4, T91.5, T95.1
Membres supérieurs	810-818, 831-834, 840-842 880-884, 885-887(.7) 903, 912-915, 923(.0-9) 927(.0-9), 943(.0-99), 944 953(.4), 955, 959(.2-5)	S40, S41, S42, S43(.0-7), S44, S45, S46, S47, S48, S49(.7-9) S50, S51, S52, S53(.0-4), S54, S55, S56, S57, S58, S59(.7-9) S60, S61, S62, S63(.0-7), S64, S65, S66, S67, S68, S69(.7-9) T00.2, T01.2, T02(.2,.4), T03.2, T04.2, T05(.0-02), T10, T11(.0-9) T33(.4-5), T22-T23, T34(.4-5), T35.4, T92(.0-9), T95.2
Membres inférieurs	820-827, 835-838 843-845(.1), 890-894 895-897(.7), 904(.0-8) 916, 917, 924(.0-25) 928(.0-9), 945(.0-99) 959(.6-7)	S70(.0-9), S71(.0-8), S72(.0-9), S73(.0-1), S74, S75, S76(.0-7) S77(.0-2), S78(.0-9), S79(.7-9), S80, S81, S82, S83(.0-7) S84, S85, S86, S88, S87, S89(.7-9), S90, S91, S92(.0-1,.3) S93(.2,.4-6), S94, S95, S96, S97, S98, S99(.7-9), T00.3 T01.3, T02(.3,.5), T03.3, T04.3, T05(.3-5), T12, T13(.0-9) T24, T25, T33(.6-8), T35.5, T93(.0-9), T95.3
Non classables par site/ Sites multiples	819, 828, 829, 839(.8-9), 848(.8-9) 869, 879(.8-9), 905-909, 919, 924(.8-9) 929, 930-939, 946, 947(.1-2,.8-9) 948, 949, 953(.8-9), 956, 957(.1,.8,.9) 958, 959(.8-9), 960-989, 990-994 995(.50-54,.59,.80-85)	T00(.6,.8-9), T01(.6,.8, .9), T02(.6-9), T03(.4,.8-9), T04(.4,.8-9) T05(.6-9), T06(.1-4,.8), T07, T14(.0-9), T27(.1,.5), T28(.4,.9) T29(.0-7), T30-T32, T33.9, T34.9, T35(.0-1,.6,.7), T36-T50, T51-T65 T66-T75, T79(.0-9), T91(.0,.8,.9), T94(.0,.1), T95(.4,.8-9), T96, T97, T98(.0-2)
Événements indésirables	-	T78, T80-T88, T98

Source : The Barrell Injury Diagnosis Matrix

Tableaux des données

Données sur les décès

Provinces de l'Atlantique	Nombre de décès	Taux pour 100 000 habitants		
		Taux brut	Limite sup.	Limite inf.
CHAPITRE XX (toutes les blessures)				
Vélos	341	7,90	8,74	7,07
Piétons	42	0,97	1,27	0,68
Occupant d'un véhicule à moteur (circulation)	22	0,51	0,72	0,30
Noyades/Submersion	38	0,88	1,16	0,60
Incendies/Brûlures	37	0,86	1,13	0,58
Accidents affectant la respiration	39	0,90	1,19	0,62
Motoneiges/VTT (hors circulation)	10	0,23	0,38	0,09
Autres causes	136	3,15	3,68	2,62

Canada	Nombre de décès	Taux pour 100 000 habitants		
		Taux brut	Limite sup.	Limite inf.
CHAPITRE XX (toutes les blessures)				
Vélos	4 464	7,58	7,80	7,36
Piétons	168	0,29	0,33	0,24
Piétons	478	0,81	0,88	0,74
Occupant d'un véhicule à moteur (circulation)	622	1,06	1,14	0,97
Noyades/Submersion	536	0,91	0,99	0,83
Incendies/Brûlures	338	0,57	0,64	0,51
Accidents affectant la respiration	423	0,72	0,79	0,65
Motoneiges/VTT (hors circulation)	105	0,18	0,21	0,14
Autres causes	1 794	3,05	3,19	2,91

Si l'on compare les taux bruts liés aux décès par suite d'une lésion traumatique, pour les causes indiquées, les taux correspondant aux enfants du Canada atlantique sont semblables aux taux nationaux, pour toutes les causes, sauf pour les occupants d'un véhicule à moteur (circulation). En ce qui concerne le taux de décès brut lié aux occupants d'un véhicule à moteur, le taux du Canada atlantique est beaucoup plus bas que le taux national. Le taux de décès du Canada atlantique est de 0,51 décès/100 000 habitants, et le taux national est de 1,06 décès/100 000 habitants.

Source : Statistique Canada. Tableau 051-0001 – Estimations de la population, par groupe d'âge et par sexe, au 1^{er} juillet, Canada, provinces et territoires, annuelles (personne sauf indication contraire) (tableau), CANSIM (base de données), utilisation de E-STAT (distributeur). Données obtenues le 23 février 2009 sur <http://www40.statcan.ca/102/cst01/demo31a-fra.htm>

Admissions à l'hôpital

Les taux des admissions sont standardisés selon l'âge et sont calculés en fonction de la population – ils ne sont pas ajustés en fonction de la durée des activités ou des différences saisonnières.

Ensemble des blessures accidentelles (à l'exception des transferts, des décès, des réadmissions et des événements indésirables)

Province	Taux standardisé/âge pour 100 000 habitants		
	Niveau sup.	Niveau inf.	
Terre-Neuve-et-Labrador	757,7	775,3	740,0
Île-du-Prince-Édouard	486,5	512,8	460,2
Nouvelle-Écosse	712,8	725,5	700,1
Nouveau-Brunswick	817,8	833,1	802,5
Ontario	515,7	518,7	512,8
Saskatchewan	859,1	871,1	847,1
Alberta	716,7	723,3	710,1
Colombie-Britannique	651,1	656,9	645,2
CANADA	608,7	611,0	606,4
Canada atlantique	741,9	750,1	733,7

Si l'on compare les taux d'hospitalisations d'ensemble se rapportant aux blessures accidentelles, celui des enfants du Canada atlantique est beaucoup plus élevé que le taux national. Pour le Canada atlantique, ce taux est de 741,9 hospitalisations/100 000 habitants, et pour l'ensemble du pays, ce taux est de 608,7 hospitalisations/100 000 habitants.

Parmi les provinces de l'Atlantique, le Nouveau-Brunswick possède le taux le plus élevé, avec 817,8 hospitalisations/100 000 habitants, et l'Île-du-Prince-Édouard possède le taux le plus faible, avec 486,5 hospitalisations/100 000 habitants.

Chutes (à l'exception de celles se produisant dans les terrains de jeux)

Province	Taux standardisé/âge pour 100 000 habitants		
	Niveau sup.	Niveau inf.	
Terre-Neuve-et-Labrador	168,1	176,4	159,8
Île-du-Prince-Édouard	115,2	128,1	102,4
Nouvelle-Écosse	144,9	150,6	139,1
Nouveau-Brunswick	219,2	227,1	211,3
Ontario	110,8	112,2	109,4
Saskatchewan	210,3	216,3	204,3
Alberta	126,3	129,1	123,5
Colombie-Britannique	150,3	153,1	147,5
CANADA	131,0	132,1	129,9
Canada atlantique	171,7	175,6	167,7

Si l'on compare les taux d'hospitalisations se rapportant aux chutes, celui des enfants du Canada atlantique est beaucoup plus élevé que le taux national. Pour le Canada atlantique, ce taux est de 171,7 hospitalisations/100 000 habitants, et pour l'ensemble du pays, ce taux est de 131 hospitalisations/100 000 habitants.

Parmi les provinces de l'Atlantique, le Nouveau-Brunswick possède le taux le plus élevé, avec 219,2 hospitalisations/100 000 habitants, et l'Île-du-Prince-Édouard possède le taux le plus faible, avec 115,2 hospitalisations/100 000 habitants.

Accidents de vélo

Province	Taux standardisé/âge pour 100 000 habitants		
	Niveau sup.	Niveau inf.	
Terre-Neuve-et-Labrador	49,2	53,7	44,7
Île-du-Prince-Édouard	24,3	30,2	18,4
Nouvelle-Écosse	26,2	28,7	23,8
Nouveau-Brunswick	44,9	48,5	41,3
Ontario	21,0	21,6	20,4
Saskatchewan	35,7	38,1	33,2
Alberta	24,7	25,9	23,5
Colombie-Britannique	31,3	32,6	30,1
CANADA	25,7	26,2	25,2
Canada atlantique	37,1	38,9	35,3

Si l'on compare les taux d'hospitalisations se rapportant aux accidents de vélo, celui des enfants du Canada atlantique est beaucoup plus élevé que le taux national. Pour le Canada atlantique, ce taux est de 37,1 hospitalisations/100 000 habitants, et pour l'ensemble du pays, ce taux est de 25,7 hospitalisations/100 000 habitants.

Parmi les provinces de l'Atlantique, Terre-Neuve-et-Labrador possède le taux le plus élevé, avec 49,2 hospitalisations/100 000 habitants, et l'Île-du-Prince-Édouard possède le taux le plus faible, avec 24,3 hospitalisations/100 000 habitants.

Empoisonnements

Province	Taux standardisé/âge pour 100 000 habitants		
	Niveau sup.	Niveau inf.	
Terre-Neuve-et-Labrador	34,6	38,4	30,9
Île-du-Prince-Édouard	29,0	35,4	22,5
Nouvelle-Écosse	19,4	21,5	17,3
Nouveau-Brunswick	45,0	48,6	41,4
Ontario	20,0	20,6	19,5
Saskatchewan	57,0	60,1	53,9
Alberta	28,4	29,7	27,0
Colombie-Britannique	20,4	21,4	19,3
CANADA	24,5	25,0	24,0
Canada atlantique	31,5	33,2	29,8

Si l'on compare les taux d'hospitalisations se rapportant aux empoisonnements, celui des enfants du Canada atlantique est beaucoup plus élevé que le taux national. Pour le Canada atlantique, ce taux est de 31,5 hospitalisations/100 000 habitants, et pour l'ensemble du pays, ce taux est de 24,5 hospitalisations/100 000 habitants.

Parmi les provinces de l'Atlantique, le Nouveau-Brunswick possède le taux le plus élevé, avec 45 hospitalisations/100 000 habitants, et la Nouvelle-Écosse possède le taux le plus faible, avec 19 hospitalisations/100 000 habitants.

Tableaux des données

Chutes dans les terrains de jeux

Province	Taux standardisé/ âge pour 100 000 habitants	Niveau sup.	Niveau inf.
Terre-Neuve-et-Labrador	18,3	21,1	15,6
Île-du-Prince-Édouard	27,1	33,3	20,9
Nouvelle-Écosse	26,4	28,8	23,9
Nouveau-Brunswick	34,1	37,3	31,0
Ontario	24,2	24,8	23,6
Saskatchewan	64,0	67,3	60,7
Alberta	36,3	37,7	34,8
Colombie-Britannique	43,0	44,5	41,5
CANADA	31,5	32,0	30,9
Canada atlantique	27,1	28,7	25,6

Si l'on compare les taux d'hospitalisations se rapportant aux chutes dans les terrains de jeux, celui des enfants du Canada atlantique est beaucoup plus faible que le taux national. Pour le Canada atlantique, ce taux est de 27,1 hospitalisations/100 000 habitants, et pour l'ensemble du pays, ce taux est de 31,5 hospitalisations/100 000 habitants.

Parmi les provinces de l'Atlantique, le Nouveau-Brunswick possède le taux le plus élevé, avec 34,1 hospitalisations/100 000 habitants, et Terre-Neuve-et-Labrador possède le taux le plus faible, avec 18,3 hospitalisations/100 000 habitants.

Occupant d'un véhicule à moteur

Province	Taux standardisé/ âge pour 100 000 habitants	Niveau sup.	Niveau inf.
Terre-Neuve-et-Labrador	13,7	16,0	11,3
Île-du-Prince-Édouard	11,8	15,9	7,7
Nouvelle-Écosse	9,4	10,8	7,9
Nouveau-Brunswick	15,8	17,9	13,6
Ontario	10,4	10,8	10,0
Saskatchewan	23,1	25,1	21,1
Alberta	17,7	18,7	16,6
Colombie-Britannique	13,9	14,7	13,0
CANADA	12,9	13,3	12,6
Canada atlantique	12,5	13,6	11,4

Si l'on compare les taux d'hospitalisations liés aux occupants d'un véhicule à moteur, celui des enfants du Canada atlantique est semblable au taux national. Pour le Canada atlantique, ce taux est de 12,5 hospitalisations/100 000 habitants, et pour l'ensemble du pays, ce taux est de 12,9 hospitalisations/100 000 habitants.

Parmi les provinces de l'Atlantique, le Nouveau-Brunswick possède le taux le plus élevé, avec 15,8 hospitalisations/100 000 habitants, et la Nouvelle-Écosse possède le taux le plus faible, avec 9,4 hospitalisations/100 000 habitants.

Véhicules tout-terrain/Véhicules hors route (VTT et VHR), motoneiges

Province	Taux standardisé/ âge pour 100 000 habitants	Niveau sup.	Niveau inf.
Terre-Neuve-et-Labrador	5,1	6,5	3,6
Île-du-Prince-Édouard	4,8	7,4	2,2
Nouvelle-Écosse	5,0	6,1	4,0
Nouveau-Brunswick	6,3	7,7	5,0
Ontario	2,1	2,3	1,9
Saskatchewan	5,6	6,6	4,7
Alberta	7,8	8,5	7,1
Colombie-Britannique	2,0	2,3	1,7
CANADA	3,5	3,6	3,3
Canada atlantique	5,4	6,1	4,7

Si l'on compare les taux d'hospitalisations se rapportant aux accidents de VTT/VHR, celui des enfants du Canada atlantique est beaucoup plus élevé que le taux national. Pour le Canada atlantique, ce taux est de 5,4 hospitalisations/100 000 habitants, et pour l'ensemble du pays, ce taux est de 3,5 hospitalisations/100 000 habitants.

Parmi les provinces de l'Atlantique, le Nouveau-Brunswick possède le taux le plus élevé, avec 6,3 hospitalisations/100 000 habitants, et l'Île-du-Prince-Édouard possède le taux le plus faible, avec 4,8 hospitalisations/100 000 habitants.

Piétons

Province	Taux standardisé/ âge pour 100 000 habitants	Niveau sup.	Niveau inf.
Terre-Neuve-et-Labrador	15,5	18,0	13,0
Île-du-Prince-Édouard	10,0	13,8	6,2
Nouvelle-Écosse	9,0	10,5	7,6
Nouveau-Brunswick	8,2	9,7	6,7
Ontario	9,7	10,1	9,3
Saskatchewan	15,4	17,0	13,8
Alberta	8,6	9,3	7,9
Colombie-Britannique	11,2	12,0	10,5
CANADA	10,1	10,4	9,8
Canada atlantique	10,2	11,2	9,3

Si l'on compare les taux d'hospitalisations des piétons, celui des enfants du Canada atlantique est semblable au taux national. Pour le Canada atlantique, ce taux est de 10,2 hospitalisations/100 000 habitants, et pour l'ensemble du pays, ce taux est de 10,1 hospitalisations/100 000 habitants.

Parmi les provinces de l'Atlantique, Terre-Neuve-et-Labrador possède le taux le plus élevé, avec 15,5 hospitalisations/100 000 habitants, et le Nouveau-Brunswick possède le taux le plus faible, avec 8,2 hospitalisations/100 000 habitants.

Noyades

Province	Taux standardisé/ âge pour 100 000 habitants	Niveau sup.	Niveau inf.
Terre-Neuve-et-Labrador	1,4	2,1	0,6
Île-du-Prince-Édouard	1,5	2,9	0,0
Nouvelle-Écosse	1,7	2,4	1,1
Nouveau-Brunswick	2,0	2,7	1,2
Ontario	1,8	2,0	1,6
Saskatchewan	2,6	3,3	1,9
Alberta	2,0	2,3	1,6
Colombie-Britannique	2,3	2,6	1,9
CANADA	1,9	2,1	1,8
Canada atlantique	1,7	2,1	1,3

Si l'on compare les taux d'hospitalisations se rapportant aux noyades, celui des enfants du Canada atlantique est semblable au taux national. Pour le Canada atlantique, ce taux est de 1,7 hospitalisation/100 000 habitants, et pour l'ensemble du pays, ce taux est de 1,9 hospitalisation/100 000 habitants.

Parmi les provinces de l'Atlantique, le Nouveau-Brunswick possède le taux le plus élevé, avec 2 hospitalisations/100 000 habitants, et Terre-Neuve-et-Labrador possède le taux le plus faible, avec 1,4 hospitalisation/100 000 habitants.

Accidents affectant la respiration

Province	Taux standardisé/ âge pour 100 000 habitants	Niveau sup.	Niveau inf.
Terre-Neuve-et-Labrador	7,0	8,7	5,3
Île-du-Prince-Édouard	4,7	7,2	2,1
Nouvelle-Écosse	7,7	9,0	6,4
Nouveau-Brunswick	5,3	6,6	4,1
Ontario	4,7	5,0	4,4
Saskatchewan	8,2	9,4	7,0
Alberta	8,1	8,8	7,4
Colombie-Britannique	5,3	5,9	4,8
CANADA	5,7	5,9	5,5
Canada atlantique	6,6	7,4	5,8

Si l'on compare les taux d'hospitalisations se rapportant aux accidents affectant la respiration, celui des enfants du Canada atlantique est beaucoup plus élevé que le taux national. Pour le Canada atlantique, ce taux est de 6,6 hospitalisations/100 000 habitants, et pour l'ensemble du pays, ce taux est de 5,7 hospitalisations/100 000 habitants.

Parmi les provinces de l'Atlantique, la Nouvelle-Écosse possède le taux le plus élevé, avec 7,7 hospitalisations/100 000 habitants, et l'Île-du-Prince-Édouard possède le taux le plus faible, avec 4,7 hospitalisations/100 000 habitants.

Incendie/Brûlures

Province	Taux standardisé/ âge pour 100 000 habitants	Niveau sup.	Niveau inf.
Terre-Neuve-et-Labrador	20,4	23,3	17,5
Île-du-Prince-Édouard	12,2	16,3	8,0
Nouvelle-Écosse	9,9	11,4	8,4
Nouveau-Brunswick	14,8	16,9	12,8
Ontario	9,9	10,3	9,5
Saskatchewan	15,5	17,1	13,9
Alberta	13,9	14,9	13,0
Colombie-Britannique	11,1	11,9	10,3
CANADA	11,4	11,7	11,1
Canada atlantique	13,9	15,0	12,8

Si l'on compare les taux d'hospitalisations se rapportant aux incendies/brûlures, celui des enfants du Canada atlantique est beaucoup plus élevé que le taux national. Pour le Canada atlantique, ce taux est de 13,9 hospitalisations/100 000 habitants, et pour l'ensemble du pays, ce taux est de 11,4 hospitalisations/100 000 habitants.

Parmi les provinces de l'Atlantique, Terre-Neuve-et-Labrador possède le taux le plus élevé, avec 20,4 hospitalisations/100 000 habitants, c'est-à-dire presque le double du taux national; et la Nouvelle-Écosse possède le taux le plus faible, avec 9,9 hospitalisations/100 000 habitants.

Causes des blessures accidentelles

Causes	Nombre d'admissions	Admissions pour la population
Chutes	7 222	583
Vélo	1 572	2 678
Empoisonnements	1 312	3 209
Terrains de jeux	1 153	3 651
Brûlures	578	7 283
Passagers	527	7 988
VTT/VHR	230	8 615
Piétons	432	9 744
Noyades	288	14 617
Étouffements/étranglements	270	15 591

Parmi toutes les causes indiquées, les chutes sont associées au risque d'hospitalisation le plus élevé. Le risque qu'un enfant ou un adolescent se fasse hospitaliser suite à une chute est de 1 sur 583. Les blessures subies en raison d'un accident de vélo sont la deuxième cause d'hospitalisation (1 fois sur 2 678).

Comparaison du pourcentage des coûts liés aux blessures accidentelles au pourcentage de la population

Pourcentage	T.-N.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.
Coût associé aux blessures accidentelles	20,9	34,9	38,2	6,0
Coût associé à l'ensemble des blessures accidentelles	20,5	35,9	37,6	6,0
Population (enfant/adolescent)	22,1	31,7	39,9	6,4

Si l'on compare le pourcentage des blessures accidentelles subies par les enfants et les adolescents du Canada atlantique au pourcentage de la population qu'ils représentent, ce chiffre est de 31,7 % pour le Nouveau-Brunswick, mais cette province représente 34,9 % des coûts associés aux blessures accidentelles et 35,9 % des coûts associés à l'ensemble des blessures.

Population du Canada atlantique, 1996-2005

Années/ Groupes d'âge	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
<1	27 008	25 346	24 452	23 683	23 755	22 194	21 536	21 663	21 698	21 243	232 578
1-4	114 801	111 247	106 959	103 585	100 348	97 359	94 499	92 015	90 205	88 040	999 058
5-9	157 876	155 330	152 259	148 851	143 701	139 042	135 068	131 279	127 763	124 832	1 416 001
10-14	166 733	164 538	161 403	158 978	157 397	155 438	153 613	151 551	148 596	143 799	1 562 046
Total	466 418	456 461	445 073	435 097	425 201	414 033	404 716	396 508	388 262	377 914	4 209 683

Source : Tableau 051-0001 – Estimations de la population par groupe d'âge et par sexe, au 1^{er} juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes) (1,2,6).

Notes en fin d'ouvrage

- 1 Statistique Canada, Population par sexe et groupe d'âge, par province et par territoire, 2008. Extrait le 23 mai 2009 sur <http://www40.statcan.ca/102/cst01/demo31a-fra.htm>
 - 2 Statistique Canada, Population des minorités visibles, par province et territoire (Recensement de 2001). Extrait le 23 mai 2009 sur <http://www40.statcan.ca/102/cst01/demo52a-fra.htm>
 - 3 Statistique Canada, Population ayant déclaré une identité autochtone, selon le groupe d'âge, par province et territoire (recensement de 2006). Extrait le 23 mai 2009 sur <http://www40.statcan.ca/102/cst01/demo40a-fra.htm>
 - 4 Statistique Canada, Population urbaine et rurale, par province et territoire (Recensement de 2001). Extrait le 23 mai 2009 sur <http://www40.statcan.ca/102/cst01/demo62a-fra.htm>
 - 5 Statistique Canada. (2006). Population selon la langue maternelle, par province et territoire (Recensement de 2006). Extrait le 23 mai 2009 sur <http://www40.statcan.ca/102/cst01/demo11a-fra.htm>
 - 6 Statistique Canada. Emploi selon la branche d'activité, données désaisonnalisées, par province (mensuel), Recensement de 2001. Extrait le 24 mai 2009 sur <http://www40.statcan.gc.ca/102/cst01/labr67a-fra.htm>
 - 7 The Economic Burden of Injury in Canada, SMARTRISK, 2009, non publié.
 - 8 Organisation mondiale de la Santé, Rapport sur la prévention des traumatismes chez l'enfant, 2008, Genève : Organisation mondiale de la Santé.
 - 9 MORRONGIELLO, B., DAWBER, T. « Mothers' Responses to Sons and Daughters Engaging in Injury Risk Behaviours on the Playground: Implications for Sex Differences in Injury Rates », *Journal of Experimental Child Psychology*, 2000, vol. 76, n° 2, p. 89-103.
 - 10 Organisation mondiale de la Santé, « L'action relative au clivage en matière de sécurité socioéconomique : informations destinées aux responsables politiques », 2009. Extrait le 7 juin 2009 sur <http://www.euro.who.int/document/e92197.pdf>
 - 11 EuroSafe, « Policy Brief: Inequality in Injury Risks », Athènes, Grèce, Centre for Research and Prevention of Injuries, 2007.
 - 12 UNGAR, M., « Too Safe for Their Own Good », Toronto, McLelland & Stewart, p. xii, 2007.
 - 13 Organisation mondiale de la Santé, « Rapport sur la prévention des traumatismes chez l'enfant », 2008, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- ## PRÉVENTION DES CHUTES
- 14 The Economic Burden of Injury in Canada, SMARTRISK, 2009, non publié.
 - 15 Santé Canada, Pour la sécurité des jeunes Canadiens : Des données statistiques aux mesures préventives, 1997, Ottawa, Santé Canada, p. 138.
 - 16 CHANG, L., TSAI, M., « Craniofacial injuries from slip, trip, and fall accidents of children », *Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*, 2007, 63, 70-74.
 - 17 JOHNSON, K., FISCHER, T., CHAPMAN, S., WILSON, B., « Accidental head injuries in children under 5 years of age, 2005. *Clinical Radiology*, 60, 464-468.
 - 18 KHAMBALIA, A., JOSHI, P., BRUSSONI, M., RAINA, P., MORRONGIELLO, B., MACARTHUR, C., « Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0-6 years: A systematic review », *Injury Prevention*, 2006, 12, 378-385.
 - 19 MCKINLAY, A., DALRYMPLE-ALFORD, J., HORWOOD, L. et FERGUSSON, D. « Long Term Psychosocial Outcomes After Mild Head Injury in Early Childhood », *Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry*, 2002, n° 73, p. 281-288.
 - 20 HAWLEY, C., WARD, A., MAGNAY, A. et LANG, J. « Outcomes Following Childhood Head Injury: A Population Study », *Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry*, 2004, n° 74, p. 737-742.
 - 21 Agence de la santé publique du Canada, Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, « Blessures associées aux... MARCHETTES POUR BÉBÉS », Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT). Extrait le 8 juin 2009 sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/chirpp/injrep-rapbles/walker3-fra.php>
 - 22 SécuritéJeunes Canada, « National Product Safety Survey Results », 2003.
 - 23 Agence de la santé publique du Canada, Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, « Blessures associées aux ... MARCHETTES POUR BÉBÉS », Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT). Extrait le 8 juin 2009 sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/chirpp/injrep-rapbles/walker3-fra.php>
 - 24 SMITH, G., BOWMAN, M., LURIA, J. et SHIELDS, B. « Baby Walker Related Injuries Continue Despite Warning Labels and Public Education », *Pediatrics*, 1997, vol. 100, n° 2, el., doi: 10.1542/peds.100.2.e1
 - 25 Agence de la santé publique du Canada, Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, mais 2004, « Injuries associated with falls from windows », Ottawa : Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT).
 - 26 SPIEGEL, C., LINDAMAN, M. « Children Can't Fly: A Program to Prevent Childhood Morbidity and Mortality from Window Falls », *American Journal of Public Health*, 1977, vol. 67, n° 12, p. 1143-1147.
 - 27 POLLACK-NELSON, C. « Fall and Suffocation Injuries Associated with In-Home Use of Car Seats and Baby Carriers », *Pediatric Emergency Care*, 2000, vol. 16, n° 2, p. 77-79.
 - 28 Child Safety Link, ressources sur la prévention des blessures (2007-2008). Extrait le 8 juin 2009 sur <http://www.childsafetylink.ca/index.cfm?objectid=4252040A-D58F-EB89-0CB5B04240CB8AA6>
- ## LA SÉCURITÉ EN VÉLO
- 29 The Economic Burden of Injury in Canada, SMARTRISK, 2009, non publié.
 - 30 Coalition canadienne pour le port du casque cycliste, « How to Organize a Community Project », 1994.
 - 31 THOMPSON, D., REBOLLEDDOM V., THOMPSON R., KAUFMAN, A. et RIVARA, F. « Bike Speed Measurement in a Recreational Population: Validity of Self Reported Speed », *Injury Prevention*, 1997, n° 3, p. 43-45.
 - 32 MACPHERSON, A.K., PARKIN, P.C., TO, T.M., « Mandatory helmet legislation and children's exposure to cycling », *Injury Prevention*, 7, p. 228-230.
 - 33 THOMPSON, D., RIVARA, F. et THOMPSON, R. « Helmets for Preventing Head and Facial Injuries in Bicyclists », *Cochrane Review, The Cochrane Library*, 2001, n° 4, p. 1-37.
 - 34 ATTWELL, R.G., GLASE, K. et MCFADDEN, M. « Bicycle Helmet Efficacy: A Meta-Analysis », *Accident Analysis and Prevention*, 2001, n° 33, p. 345-352.
 - 35 PEDEN, M. et autres (Eds.), « Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation », Organisation mondiale de la Santé, 2004.
 - 36 ELVIK, R. « Area-Wide Urban Traffic Calming Schemes: A Meta-Analysis of Safety Effects », *Accident Analysis and Prevention*, 2001, vol. 33, n° 3, p. 327-336.
 - 37 WEBSTER, D., MACKIE, M. « Review of Traffic Calming Schemes in 20 m.p.h. Zones », *TRL Report 215*, UK, TRL, 1996.
 - 38 LEBLANC, J.C., BEATTIE, T.L., CULLIGAN, C., « Effect of legislation on the use of bicycle helmets », 2002, *CMAJ*, vol. 166, p. 592-595.
 - 39 SécuritéJeunes Canada, Législation sur le port du casque de cycliste au Canada, 2008. Extrait le 21 mai 2009 sur <http://www.safekidscanada.ca/SKCPublicPolicyAdvocacy/custom/BikeHelmetLegislationChart.pdf>
 - 40 Helmet Safety Advisory Committee, 2006, *Noggin Knowledge*. Halifax, N.-É. : Helmet Safety Advisory Committee.
 - 41 Pensez d'abord – Île-du-Prince-Édouard, 2007. Extrait le 21 mai 2009 sur http://www.thinkfirst.ca/chapters/in_pei.aspx
 - 42 SécuritéJeunes Canada, Semaine de SécuritéJeunes Canada, 2002, évaluation du programme « Kids on Wheels », non publiée.
- ## LA SÉCURITÉ À TROTTINETTE, EN PLANCHE À ROULETTES ET EN PATINS À ROUES ALIGNÉES
- 43 Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), Blessures associées aux ... PLANCHES À ROULETTES, 2001.
 - 44 NGUYEN, D., LETTS, M., « In-line Skating Injuries in Children: A 10-Year Review », *Journal of Pediatric Orthopaedics*, vol. 21, p. 613-618, 2001.
 - 45 Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), Blessures associées aux ... TROTTINETTES, 2001.
 - 46 EVERETT, W. « Skatepark Injuries and the Influence of Skatepark Design: A One Year Constructive Case Series », *The Journal of Emergency Medicine*, 2002, vol. 23, n° 3, p. 269-274.
 - 47 SHEEHAN, E., MULHALL, K., KEARNS, S., O'CONNOR, P., MCMANUS, F., STEPHENS, M., MCCORMACK, D., « Impact of Dedicated Skate Parks on the Severity and Incidence of Skateboard- and Rollerblade-Related Pediatric Fractures », *Journal of Pediatric Orthopaedics*, vol. 23, p. 440-442, 2003.
- ## LA SÉCURITÉ LIÉE AUX AUTOBUS SCOLAIRES
- 48 Transports Canada, 2004, Collisions des autobus scolaires, 1992-2001. RS-2004-02E. Données obtenues le 8 juin 2009 sur <http://www.tc.gc.ca/secure routi ere/tp/tp2436/rs200402/menu.htm>
 - 49 Transports Canada, 2004, Collisions des autobus scolaires, 1992-2001. RS-2004-02E. Données obtenues le 8 juin 2009 sur <http://www.tc.gc.ca/secure routi ere/tp/tp2436/rs200402/menu.htm>
 - 50 Transports Canada, 2004, Collisions des autobus scolaires, 1992-2001. RS-2004-02E. Données obtenues le 8 juin 2009 sur <http://www.tc.gc.ca/secure routi ere/tp/tp2436/rs200402/menu.htm>
 - 51 Transports Canada, 2004, Collisions des autobus scolaires, 1992-2001. RS-2004-02E. Données obtenues le 8 juin 2009 sur <http://www.tc.gc.ca/secure routi ere/tp/tp2436/rs200402/menu.htm>
 - 52 Transports Canada, 1998, Examen de la sécurité des autobus, TP 13330 E. Obtenu en mars 2006 sur <http://www.tc.gc.ca/secure routi ere/tp/tp13330/menu.htm>
 - 53 Transports Canada, Les sièges d'enfants à bord des autobus scolaires, 2007, Feuillet de renseignements RS-2004-07E. TP2436 E. Extrait le 4 juin 2009 sur <http://www.tc.gc.ca/secure routi ere/tp/tp2436/rs200407/menu.htm>
 - 54 Transports Canada, Ensembles de retenue pour jeunes enfants dans les autobus scolaires au Canada, 2004, TP14325-E. Extrait le 8 juin 2009 sur <http://www.tc.gc.ca/secure routi ere/tp/tp14325/pdf/tp14325f.pdf>
 - 55 Transports Canada, Les sièges d'enfants à bord des autobus scolaires, 2007, Feuillet de renseignements RS-2004-07E. TP2436 E. Extrait le 4 juin 2009 sur <http://www.tc.gc.ca/secure routi ere/tp/tp2436/rs200407/menu.htm>
 - 56 Transports Canada, Sois prudent, c'est gagnant : Sécurité à bord des autobus scolaires. Extrait en juin 2009 sur <http://www.tc.gc.ca/secure routi ere/ conducteurssecuritaires/secure d es enf ants / autobus / spcg / autobus - scolaire .htm>

SÉCURITÉ DES ENFANTS EN VOITURE

- 57 The Economic Burden of Injury in Canada, SMARTRISK, 2009, non publié.
- 58 National Highway Traffic Safety Administration, « Research note: Revised estimates of child restraint effectiveness », rapport n° 96.855, 1996, Washington, DC (États-Unis). Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration. Données obtenues en mars 2006 sur www.nrd.nhtsa.dot.gov/pdf/nrd-30/NCSA/RNotes/1996/childest.pdf
- 59 KAHANE, C. « An evaluation of child passenger safety: The effectiveness and benefits of safety seats. », rapport n° 806 890, 1986, Washington, DC (États-Unis). Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration. Données obtenues le 8 juin 2009 sur www.nhtsa.dot.gov/cars/rules/regrev/Evaluate/806890.html
- 60 DURBIN, D., ELLIOTT, M. et WINSTON F., « Belt-positioning booster seats and reduction in risk of injury among children in vehicle crashes », *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289(21), p. 2835-2840.
- 61 WEBER, K., « Crash protection for child passengers: A review of best practice », University of Michigan Transportation Research Institute (UMTRI) Research Review, septembre 2000, p. 1-28, 31.
- 62 Société canadienne de pédiatrie, « Le transport de nourrissons et des enfants dans les véhicules automobiles », Énoncé de principes, *Pediatrics & Child Health*, 2008, 13(2), p. 321-327. Données obtenues le 8 juin 2009 sur <http://www.cps.ca/Francais/enonces/IP/IP08-01.pdf>
- 63 MARGOLIS, L., WAGENAAR, A. et MOLNAR, L., « Use and misuse of automobile child restraint devices », *American Journal of Diseases in Children*, 1992, 146(3), p. 361-366.
- 64 MORRIS, S., ARBOGAST, K., DURBIN, D. et WINSTON, F., « Misuse of booster seats », *Injury Prevention*, 2000, 6(4), p. 281-284.
- 65 SécuritéJeunes Canada, « National Child Passenger Safety Survey Results », 2004.
- 66 CHOUINARD, A. et HURLEY, R., « Towards the development of a national child restraint survey », Transports Canada. Document de travail présenté à la 15^e Conférence canadienne multidisciplinaire sur la sécurité routière, Fredericton (N.-B.), juin 2005.
- 67 PEDEN, M. et autres (Eds.), « Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation », Organisation mondiale de la Santé, 2004.
- 68 BRAVER, E., WHITFIELD, R. et FERGUSON, S., « Seating Positions: A Children's Risk of Dying in Motor Vehicle Crashes », *Injury Prevention*, 1998, n° 4, p. 181-187.
- 69 JOHNSTON, C., RIVARA, F. et SODERBERG, R., « Children in Car Crashes: Analysis of Data for Injury and Use of Restraints », *Pediatrics*, 1994, n° 93, p. 960-965.
- 70 BERG, M., COOK, L., CORNELI, H., VERNON, D. et DEAN, J., « Effect of Seating Position and Restraint Use on Injuries to Children in Motor Vehicle Crashes », *Pediatrics*, 2000, n° 105, p. 831-835.
- 71 DURBIN, D., KALLAN, M.J., ELLIOT, MR., ARBOGAST, KB., CORNEJO, R. et WINSTON, FK. Risk of Injury to Restraint Children from Passenger Air Bags, actes de la 46^{ème} conférence annuelle de l'Association for the Advancement for Automotive Medicine, Tempe, Arizona, septembre 2002.
- 72 Nova Scotia Health Research Foundation, YANCHAR, N., « What we don't know about traveling with children », 2004. Extrait le 11 juin 2009 sur <http://www.nshrf.ca/AbsPage.aspx?ID=1264&siteid=1&lang=1>
- 73 SécuritéJeunes Canada, Législation sur les sièges de voiture et les rehausseurs, 2008. Extrait le 23 mai 2009 sur <http://www.safekidscanada.ca/SKCPublicPolicyAdvocacy/custom/BoosterSeatLegislationChart.pdf>
- 74 SécuritéJeunes Canada, résultats de l'enquête nationale sur la sécurité des enfants passagers, 2004.

PRÉVENTION DES EMPOISONNEMENTS

- 75 The Economic Burden of Injury in Canada, SMARTRISK, 2009, non publié.
- 76 JUURLINK, D., TENENBEIN, M., KOREN, G. et REDELMEIER, D., « Iron Poisoning in Young Children: Association with the Birth of a Sibling », *Canadian Medical Association Journal*, 2003, vol. 168, n° 12, p. 1539-1521.
- 77 COYNE-BEASLEY, T., RUNYAN, C., BACCAGLINI, L., PERKIS, D., JOHNSON, R., « Storage of poisonous substances and firearms in homes with young children visitors and older adults », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, p. 109-115, 2005.
- 78 RODGERS, G., « The Effectiveness of Child-Resistant Packaging for Aspirin », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 156, n° 9, p. 929-933, 2002.
- 79 CHIEN, C., MARIOTT, K., ASHBY, K. et OZANNE-SMITH, J., « Unintentional Ingestion of Over the Counter Medications in Children Less Than 5 Years Old », *Journal of Paediatric and Child Health*, 2003, n° 39, p. 264-269.
- 80 Centre de santé IWK, « Care Services: About our service », 2009. Extrait le 23 mai 2009 sur <http://www.iwk.nshealth.ca/index.cfm?objectid=32FE9E6D-A49A-AEFB-5902D2482651035>
- 81 Child Safety Link, ressources sur la prévention des blessures, 2008. Extrait le 23 mai 2009 sur <http://www.childsafetylink.ca/index.cfm?objectid=4252040A-D58F-EB89-0CB5B04240CB8AA6>

LA SÉCURITÉ SUR LES TERRAINS DE JEUX

- 82 The Economic Burden of Injury in Canada, SMARTRISK, 2009, non publié.
- 83 MACARTHUR, C., HU, X., WESSON, D. et PARKIN, P., « Risk Factors for Severe Injuries Associated with Falls from Playground Equipment », *Accident Analysis and Prevention*, 2000, n° 32, p. 377-382.
- 84 LAFOREST, S., ROBITAILLE, Y., LESAGE, D. et DORVAL, D., « Surface Characteristics, Equipment Height, and the Occurrence and Severity of Playground Injuries », *Injury Prevention*, 2001, n° 7, p. 35-40.
- 85 CHALMERS, D., MARSHALL, S., LANGLEY, J., EVANS, M., BRUNTON, C., KELLY, M. et PICKERING, A., « Height and Surfacing as Risk Factors for Falls from Playground Equipment: A Case Control Study », *Injury Prevention*, 1996, n° 2, p. 98-104.
- 86 MORRONGIELLO, B., RENNIE, H., « Why do Boys Have More Injuries than Girls: The Role of Attributions, Beliefs, and Risk Appraisal », *Journal of Pediatric Psychology*, 1998, n° 23, p. 33-43.
- 87 Santé Canada, Pour la sécurité des jeunes Canadiens : Des données statistiques aux mesures préventives, Ottawa, Santé Canada, p. 201, 2007.
- 88 LAFOREST, S., ROBITAILLE, Y., LESAGE, D. et DORVAL, D., « Surface Characteristics, Equipment Height, and the Occurrence and Severity of Playground Injuries », *Injury Prevention*, 2001, n° 7, p. 35-40.
- 89 Association canadienne des parcs et des loisirs, Institut canadien pour la sécurité dans les aires de jeu, 2009. Extrait le 10 mai 2009 sur <http://www.cpra.ca/FR/main.php?action=cms.trainPlaySafety>
- 90 Recreation PEI, sécurité liée aux terrains de jeux, 2009. Extrait le 19 mai 2009 sur http://www.peirfa.ca/programs_playgroundsafety.php
- 91 Child Safety Link, ressources sur la prévention des blessures, 2007-2008. Extrait le 8 juin 2009 sur <http://www.childsafetylink.ca/index.cfm?objectid=4252040A-D58F-EB89-0CB5B04240CB8AA6>

LA SÉCURITÉ LIÉE AUX VÉHICULES TOUT-TERRAIN ET HORS ROUTE, ET AUX MOTONEIGES

- 92 The Economic Burden of Injury in Canada, SMARTRISK, 2009, non publié.
- 93 Institut canadien de l'information sur la santé, 2007, Analyse en bref du Registre national des traumatismes : Hospitalisations à la suite de blessures en VTT au Canada, 2004-2005. Extrait le 8 juin 2009 sur http://www.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/ATV_AIB_2007_f.pdf
- 94 Institut canadien de l'information sur la santé, 2007, Analyse en bref du Registre national des traumatismes : Hospitalisations à la suite de blessures en VTT au Canada, 2004-2005. Extrait le 8 juin 2009 sur http://www.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/ATV_AIB_2007_f.pdf
- 95 Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), Échantillon de données : blessures associées aux véhicules tout-terrain (VTT), base de données du SCHIRPT, 1999-2001, tous âges. Extrait le 8 juin 2009 de http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/chirpp/injrep-rapbles/pdf/atv_f.pdf
- 96 YANCHAR, N., KENNEDY, R., RUSSELL, C., « ATVs: Motorized toys or vehicles for children? », *Injury Prevention*, n° 12, p. 30-34, 2006.
- 97 YANCHAR, N., MURPHY, N., « Yet more pediatric injuries associated with all-terrain vehicles: Should kids be using them? », *Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*, vol. 56, n° 6, p. 1185-1190, 2004.
- 98 WARD, L., BRIGGS, G., « Off-road vehicle injury in Manitoba: Assessment of the potential impact of legislating minimum rider age », *IMPACT*, mars, 2007.
- 99 YANCHAR, N., KENNEDY, R., RUSSELL, C., « ATVs: Motorized toys or vehicles for children? », *Injury Prevention*, vol. 12, n° 1, p. 30-34, 2006.
- 100 YANCHAR, N., KENNEDY, R., RUSSELL, C., « ATVs: Motorized toys or vehicles for children? », *Injury Prevention*, vol. 12, n° 1, p. 30-34, 2006.
- 101 YANCHAR, N., KENNEDY, R., RUSSELL, C., « ATVs: Motorized toys or vehicles for children? », *Injury Prevention*, vol. 12, n° 1, p. 30-34, 2006.
- 102 Institut canadien de l'information sur la santé, 2007, Analyse en bref du Registre national des traumatismes : Hospitalisations à la suite de blessures en VTT au Canada, 2004-2005. Extrait le 8 juin 2009 sur http://www.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/ATV_AIB_2007_f.pdf
- 103 Société canadienne de pédiatrie, La prévention des blessures causées par des véhicules tout-terrains, document de principes, *Paediatric Child Health*, vol. 9, n° 5, 337-340, 2004. Extrait le 8 juin 2009 sur <http://www.cps.ca/francais/enonces/IP/IP04-01.htm>
- 104 U.S. Consumer Product Safety Commission, All-terrain Vehicle 2001 Injury and Exposure Studies, 2003. Extrait le 8 juin 2009 sur <http://cpsc.gov/library/foia/foia03/os/atvex2001.pdf>
- 105 YANCHAR, N.L., « All-terrain vehicle injuries in children – It's time for advocacy », *Paediatrics and Child Health*, vol. 9 n° 5, p. 303-305, 2004.
- 106 KER, K., ROBERTS, I., COLLIER, T., BEYER, F., BUNN, F., FROST, C., « Post-licence driver education for the prevention of road traffic crashes », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003. doi: 10.1002/14651858.CD003734.

Notes en fin d'ouvrage

- 107 YANCHAR, N., MURPHY, N., « Yet more pediatric injuries associated with all-terrain vehicles: Should kids be using them? », *Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*, vol. 56, n° 6, p. 1185-1190, 2004
- 108 Province du Nouveau-Brunswick, Loi sur les véhicules hors route. Extraite le 24 mai 2009 sur <http://www.gnb.ca/0062/acts/index-f.asp>
- 109 Province de la Nouvelle-Écosse, loi sur les véhicules hors route (Off-highway vehicles Act). Extraite le 24 mai 2009 sur <http://www.gov.ns.ca/legislature/legc/statutes/offhighw.htm>
- 110 Île-du-Prince-Édouard, loi sur les véhicules hors route (Off-highway Vehicle Act). Extraite le 24 mai 2009 sur <http://www.gov.pe.ca/law/statutes/pdf/o-03.pdf>
- 111 Terre-Neuve-et-Labrador, loi sur les motoneiges et les véhicules tout-terrain (Motorized Snow Vehicle and All-Terrain Vehicle Act). Extraite le 24 mai 2009 sur <http://www.hoa.gov.nl.ca/hoa/statutes/m20.htm>
- 112 Données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)
- 113 Nouvelle-Écosse, Guide de conduite des véhicules hors route, 2009. Extraite le 24 mai 2009 sur http://www.gov.ns.ca/natr/ohv/riders_handbook.asp
- SÉCURITÉ DES PIÉTONS**
- 114 The Economic Burden of Injury in Canada, SMARTRISK, 2009, non publié.
- 115 SCHIEBER, R.A., THOMPSON, N.J., Developmental risk factors for childhood pedestrian injuries, *Injury Prevention*, 2(3), p. 228-236, 1996.
- 116 PEDEN, M. et autres (Eds.), « Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation », Organisation mondiale de la Santé, 2004
- 117 HARRÉ, N., Discrepancy between actual and estimated speeds of drivers in the presence of child pedestrians, *Injury Prevention*, 9(1), p. 38-41, 2003.
- 118 PEDEN, M. et autres (Eds.), Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
- 119 Organisation mondiale de la Santé, Des routes plus sûres : cinq domaines clefs pour des interventions efficaces, extrait en mars 2006 sur www.who.int/features/2004/road_safety/en/#poplink
- 120 ROBERTS, I., Adult accompaniment and the risk of pedestrian injury on the school-home journey, *Injury Prevention*, 1(4), p. 242-244, 1995.
- 121 DUPERREX, O., ROBERTS, I. et BUNN, F. « Safety Education of Pedestrians for Injury Prevention », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, doi:10.1002/14651858.CD001531
- 122 JACOBSEN, P. « Safety in numbers: more walkers and bicyclists, safer walking and bicycling », *Injury Prevention*, 2003, n° 9, p. 205-209.
- 123 Active and Safe Routes to School in Nova Scotia, 2007, Help to stop speeding with the Pace Car Program. Obtenu le 15 mai 2009 sur <http://saferoutesns.ca/index.php/special/pacecar>
- 124 Organisation mondiale de la Santé, Speed management: A road safety manual for decision-makers and practitioners, Genève, Global Road Safety Partnership, 2008.
- PRÉVENTION DES NOYADES**
- 125 The Economic Burden of Injury in Canada, SMARTRISK, 2009, non publié.
- 126 BYARD, R.W., DE KONING, C., BLACKBOURNE, B., NADEAU, J.M., KROUS, H.F., Shared bathing and drowning in infants and young children, *Journal of Paediatric Child Health*, 37(6), p. 542-544, 2001.
- 127 BYARD, R., DONALD, T., Infant Bath Seats, Drowning and Near-Drowning, *Journal of Paediatric Child Health*, 2004, n° 40, p. 305-307.
- 128 Organisation mondiale de la Santé, Maladies liées à l'eau: noyade, 2001. Extraite en mai 2008 sur http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/drowning/fr/index.html
- 129 THOMPSON, D., RIVARA, F., Pool fencing for preventing drowning in children, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1998, doi:10.1002/14651858.CD001047
- 130 STEVENSON, M., RIMAJOVA, M., EDGEcombe, D. et VICKERY, K., Childhood Drowning: Barriers Surrounding Private Swimming Pools, *Pediatrics*, 2003, vol. 111, n° 2, e115-e119.
- 131 Croix-Rouge canadienne, 2003, Ce que nous avons appris : 10 ans de faits pertinents sur les noyades et autres traumatismes liés à l'eau au Canada, 1991-2000. Extraite en mars 2006.
- 132 Santé Canada, Proposition de mesure législative sur les anneaux et sièges de bain pour bébé, 25 mai 2007.
- 133 Santé Canada, Proposition de mesure législative sur les anneaux et sièges de bain pour bébé, 25 mai 2007.
- 134 BYARD, R., DONALD, T., Infant Bath Seats, Drowning and Near-Drowning, *Journal of Paediatric Child Health*, 2004, n° 40, p. 305-307.
- 135 LEE, L.K., THOMPSON, K.M., Parental survey of beliefs and practices about bathing and water safety and their children: Guidance for drowning prevention, *Accident Analysis and Prevention*, 39(1), p. 58-62, 2007.
- 136 Decima Public Opinion Survey, 2003, Semaine de SécuritéJeunes Canada, 2003.
- 137 BRENNER, R., TANEJA, G., HAYNIE, D., TRUMBLE, A., QIAN, C., KLINGER, R. et KLEBANOFF, M., Association between swimming lessons and drowning in childhood, *Journal of Pediatric Adolescent Medicine*, vol. 163, n° 3, p. 203-210, 2009.
- 138 BRENNER, R., SALUJA, G. et SMITH, G., Swimming Lessons, Swimming Ability, and the Risk of Drowning, *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, vol. 10, n° 4, p. 211-216.
- 139 Croix-Rouge canadienne, 2003, Ce que nous avons appris : 10 ans de faits pertinents sur les noyades et autres traumatismes liés à l'eau au Canada, 1991-2000. Extraite en mars 2006.
- 140 Croix-Rouge canadienne, Noyades et autres traumatismes liés à l'eau au Canada : 10 années de recherche, 1991-2000.
- 141 Croix-Rouge, Sécurité aquatique, 2009. Extraite le 19 mai 2009 sur <http://www.redcross.ca/article.asp?id=31562&tid=062>
- 142 Société de sauvetage, 2005, Au sujet de la Société de sauvetage. Extraite le 20 mai 2009 sur <http://www.lifesaving.ca/main.php?lang=francais&cat=about>
- 143 Croix-Rouge canadienne, 2003, Ce que nous avons appris : 10 ans de faits pertinents sur les noyades et autres traumatismes liés à l'eau au Canada, 1991-2000. Extraite en mars 2006.
- 144 Santé Canada, 2005, Santé Canada signale un risque de noyade associé à l'utilisation de sièges de baignoire et d'anneaux de bain pour bébés, Avis, 26 avril 2005. Extraite en février 2006 sur http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/_2005/2005_30-fra.php
- PRÉVENTION DES ACCIDENTS AFFECTANT LA RESPIRATION**
- 145 MORLEY, RE., LUDEMANN, JP., MOXHAM, JP., KOZAK, FK. et RIDING, KH., Foreign Body Aspiration in Infants and Toddlers: Recent Trends in British Columbia, *Journal of Otolaryngology*, 2004, vol. 33, n° 1, p. 37-41.
- 146 Santé Canada, Sécurité des produits de consommation (communication personnelle, 2009).
- 147 RIMELL, FL., THOME, A., STOOL, S., REILLY, JS., RIDER, G., STOOL, D. et WILSON, CL. « Characteristics of Objects that Cause Choking in Children », *Journal of the American Medical Association*, 1995, vol. 274, n° 22, p. 1763-1766.
- 148 NAKAMURA, S., WIND, M. et DANIELLO, M. « Review of Hazards Associated with Children Placed in Adult Beds », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 1999, n° 153, p. 1019-1023.
- 149 Wendy McNalley, Santé Canada, Sécurité des produits de consommation (communication personnelle, mars 2006).
- 150 Child Safety Link, ressources sur la prévention des blessures (2007-2008). Obtenu le 8 juin 2009 sur <http://www.childsafetylink.ca/index.cfm?objectid=4252040A-D58F-EB89-0CB5B04240CB8AA6>
- PRÉVENTION DES BRÛLURES**
- 151 The Economic Burden of Injury in Canada, SMARTRISK, 2009, non publié.
- 152 WILSON, M., BAKER, S., TERET, S., SHOCK, S. et GARBARINO, J. *Saving Children: A Guide to Injury Prevention*, New York, NY, Oxford University Press, 1991, p. 86-87.
- 153 MORITZ, A., HENRIQUES, F. « Studies of Thermal Injury: The Relative Importance of Time and Surface Temperature in the Causation of Cutaneous Burns », *American Journal of Pathology*, 1947, n° 123, p. 695-720.
- 154 Agence de la santé publique du Canada, Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie. (2000). Blessures associées aux ... L'EAU DU ROBINET : Données sommaires pour 1994-1998, enfants de 0 à 6 ans. Ottawa : Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT). Extraite le 8 juin 2009 sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/chirpp/injreppables/tapwatr-fra.php>
- 155 FELDMAN, K., SCHALLER, R., FELDMAN, J. et MCMILLION, M. « Tap Water Scald Burns in Children », *Pediatrics*, 1978, vol. 62, n° 1, p. 1-7.
- 156 ERDMANN, T., FELDMAN, K., RIVARA, F., HEIMBACH, D. et WALL, H. « Tap Water Burn Prevention: The Effect of Legislation », *Pediatrics*, 1991, vol. 88, n° 3, p. 572-577.
- 157 Ytterstad, B. et SOGAARD, A., « The Harstad Injury Prevention Study: Prevention of burns in small children by a community-based intervention », *Burns*, 1995, 21(4), p. 259-266.
- 158 BECKER, L. et CARTOTTO, R. « The Gas Fireplace: A New Hazard in the Home », *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 1999, n° 20 (1Pt1), p. 86-89.
- 159 Santé Canada, Vêtements de nuit pour enfants : lignes directrices concernant les exigences en matière d'inflammabilité, 2005. Extraite en mars 2006 sur http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/pubs/indust/sleepwear-vetements_nuit/references-fra.php
- 160 SMITH, L., GREENE, M. et SINGH, H. « Study of the Effectiveness of the US Safety Standard for Child Resistant Cigarette Lighters », *Injury Prevention*, 2002, n° 8, p. 192-196.
- 161 RUNYAN, C., BANGDIWALAM, S., LINZER, M., SACKS, J. et BUTTS, J. « Risk Factors for Fatal Residential Fires », *The New England Journal of Medicine*, 1992, vol. 327, n° 12, p. 859-863.





SécuritéJeunes Canada a pour mission de favoriser, au plan national, une culture de la sécurité afin de réduire les blessures accidentelles, principale cause de décès chez les enfants et les adolescents au Canada. Chef de file au pays pour la sécurité des jeunes, SécuritéJeunes Canada utilise une approche novatrice basée sur la collaboration pour créer des partenariats, effectuer des études ainsi que sensibiliser les citoyens pour prévenir les accidents graves chez les enfants, les adolescents et dans les familles. La vision de SécuritéJeunes Canada est la suivante : *Des enfants en meilleure santé. Moins d'accidents. Un Canada plus sûr.* SécuritéJeunes Canada est le programme national de prévention des blessures du Hospital for Sick Children. Pour en savoir plus sur cet organisme ainsi que sur la sécurité chez les jeunes, visitez le site www.safekidscanada.ca ou composez le 1-888-SAFE-TIP.



Votre accès à la sécurité des enfants

Le programme de prévention des blessures chez les enfants et les adolescents du Centre de santé IWK, situé à Halifax, en Nouvelle-Écosse, porte le nom de *Child Safety Link* (CSL). Ce programme s'est d'abord adressé, à son tout début, en 1997, aux Néo-Écossais, avant de s'élargir en 2002 au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard; l'organisme en question possède d'ailleurs un bureau satellite à l'Hôpital régional de Saint John. CSL est conscient de l'importance des partenariats pour la prévention des blessures chez les jeunes et les adolescents. Grâce au soutien d'organismes semblables et du gouvernement, ainsi que du travail d'un conseil consultatif, CSL apporte une aide aux familles, aux fournisseurs de soins et aux professionnels de la santé en offrant des informations et des programmes sur les rehausseurs/sièges de voitures, les casques, la sécurité à la maison et sur les terrains de jeux, ainsi que sur la prévention des empoisonnements.



Le réseau Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB), anciennement appelé le Réseau atlantique de prévention des traumatismes (RAPT), est formé de quelque 200 personnes, organismes et entreprises qui, ensemble, effectuent un travail de prévention et de contrôle des blessures. La CAPB a pour objectif de réduire les conséquences des blessures dans le Canada atlantique grâce à un leadership interprovincial, à la mise en place d'un système de surveillance, à des études, à l'élaboration de politiques et au développement de certaines capacités. La CAPB collabore avec un certain nombre de partenaires, de coalitions et de réseaux des quatre provinces de l'Atlantique sur des questions liées à la prévention des blessures, dont celles qui concernent les enfants et les jeunes.

