

DIRECTION DE SANTÉ
PUBLIQUE DE LA
MONTÉRÉGIE

Supplément d'information sur
les interventions en prévention
des traumatismes à domicile
chez les jeunes enfants

Propager
LA SANTÉ

Auteure

Julie Dufort M.D., M. Sc., FRCPC

Collaboratrice

Lydia Rocheleau, agente de planification, de programmation et de recherche

Mise en page et révision linguistique

Manon Lévesque, agente administrative

*Ce document est tiré et adapté des écrits de Sylvain Leduc (2004) et de David Fortier (2006).
Il constitue une mise à jour des données et des informations présentées initialement.*

Ce document est disponible en version électronique sur l'Extranet de la Direction de santé publique à l'adresse suivante : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/petite-enfance/sippe.fr.html#Materiel>

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Reproduction ou téléchargement autorisé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales avec mention de la source : DUFORT, Julie. (2016). *Supplément d'information sur les interventions en prévention des traumatismes à domicile chez les jeunes enfants*. Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 12 p.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 2016
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : 450 928-6777 ▪ Télécopieur : 450 679-6443

LA PRÉVENTION DES TRAUMATISMES

Depuis plusieurs décennies, la littérature démontre que la prévention des traumatismes chez les enfants se retrouve parmi les nombreux effets positifs associés aux programmes de visites pré et postnatales à domicile. Les enfants des familles visitées (jusqu'à l'âge de 2 ans) subissent 40 % moins de blessures et d'intoxications et font 35 % moins de visites à l'urgence que ceux qui ne bénéficient pas de telles visites (Olds et coll., 1994). Les programmes de visites à domicile qui comprennent des interventions en lien avec la sécurité réduisent significativement la prévalence des blessures chez les enfants (Roberts et coll., 1996).

C'est pourquoi les interventions en prévention des traumatismes à domicile constituent un volet important des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) offertes au Québec. En Montérégie, il est proposé d'aborder le thème de la sécurité lors de plusieurs visites à domicile par le biais d'interventions adaptées aux stades de développement de l'enfant et aux caractéristiques du domicile. Bien qu'il soit suggéré de saisir les opportunités, la majorité des



interventions ont généralement lieu entre 0 et 2 ans. C'est particulièrement au cours des premières semaines de vie de l'enfant ainsi que vers le sixième mois, vers l'âge d'un an et de deux ans que les risques sont les plus importants. En effet, ces périodes de vie correspondent à des moments charnières du développement de l'enfant : arrivée du nouveau-né à la maison, développement de la mobilité (bébé bouge, se tourne sur lui-même), premiers pas et désir d'une plus grande autonomie chez l'enfant.



LA SITUATION DES TRAUMATISMES CHEZ LES ENFANTS

Les traumatismes non intentionnels constituent, tant au Québec que dans l'ensemble du Canada, la toute première cause de décès chez les enfants âgés de 1 à 18 ans (Gagné et coll., 2009; ASPC, 2009). Ils représentent environ 60 % des décès pour ce groupe. Les bébés âgés de moins d'un an sont exclus puisque leurs causes de décès les plus courantes sont bien particulières (immaturité, anomalies congénitales). Toutefois, les taux de blessure chez les bébés sont également préoccupants.

Principales causes de mortalité par traumatisme selon le groupe d'âge

- **Moins d'un an** : suffocation (42 %)
- **1 à 4 ans** : noyade (24 %)
- **5 à 9 ans** : traumatismes routiers (20 %)

Source : Gagné et coll., 2009.

Les traumatismes sont également une cause importante d'hospitalisation et se retrouvent en tête de liste après les maladies respiratoires et digestives (Gagné et coll., 2009; ASPC, 2009). De tous les types de traumatismes, ce sont les chutes qui constituent la principale cause d'hospitalisation, expliquant à elles seules environ 37 % des cas (Yanchar et coll., 2012). De plus, nombre de blessures entraînent des invalidités graves comme la cécité, des traumatismes à la colonne vertébrale, et des déficits intellectuels causés par des traumatismes crâniens (ASPC, 2009). Les blessures non intentionnelles constituent ainsi un lourd fardeau social et économique (ASPC, 2009).

Face aux traumatismes, tous les enfants ne présentent pas les mêmes risques. La littérature démontre que les risques sont particulièrement marqués pour les enfants qui habitent en région rurale ou dans une petite ville, comparativement aux enfants des régions plus urbaines (Gagné et coll., 2009). Comme ce constat semble notamment découler d'un risque accru de traumatismes routiers, il est possible que cette association soit moins marquée dans le cas des tout-petits.

Les risques de traumatismes non intentionnels sont trois fois plus élevés pour les enfants de milieu défavorisé. En ce qui concerne les hospitalisations, les risques sont **40 % plus élevés**.

Source : Gagné et coll., 2009.

Des études menées auprès de parents de **faible niveau socioéconomique** révèlent qu'ils ne sont généralement pas au courant du fait que les traumatismes soient la première cause de décès chez les enfants. Elles révèlent également qu'ils tendent à surestimer les capacités de leurs enfants à agir de manière sécuritaire et leurs connaissances sur la façon d'affronter les situations d'urgence (Santé Canada, 1996; Rivara et coll., 1989). De façon similaire, il a été documenté que les enfants nés de jeunes mères sont davantage à risque de subir des traumatismes que ceux nés de mères plus âgées (Jordan et coll., 1993).

Chez les enfants, le **domicile** est le lieu où surviennent de nombreuses blessures et cet environnement occupe une place d'autant plus prépondérante lorsque l'enfant est âgé de 5 ans et moins (Rivara et coll., 1989; Gallagher et coll., 1985).



Pourquoi les enfants?

L'exposition aux traumatismes chez le jeune enfant est largement involontaire. Elle est reliée en partie à son développement moteur et cognitif partiel qui ne lui permet pas encore d'évaluer pleinement les situations potentiellement à risque. Cela s'explique plus particulièrement par quatre facteurs (Sheaffer et coll., 1999).

1. La taille : La petite taille de l'enfant l'expose à des risques particuliers dans un environnement conçu par et pour des adultes. L'enfant est particulièrement instable et malhabile dans les périodes de forte croissance comme le sont les premières années de la vie. L'importance du volume de la tête proportionnellement à l'ensemble du corps chez le très jeune enfant explique aussi la fréquence des chutes en avant et la grande vulnérabilité de la tête en cas de choc.

2. La curiosité : Le jeune enfant est curieux, ce qui est excellent puisque cela est essentiel à son processus d'apprentissage. Mais cette exploration peut l'exposer à de nombreux dangers et c'est pourquoi on doit s'assurer de sécuriser l'environnement dans lequel il évolue.

3. La coordination : Chez l'enfant, la coordination est incomplète et il doit en faire l'apprentissage. L'importance du développement des habiletés motrices fondamentales (lever la tête, prendre ou tendre un objet, marcher, grimper, courir, manipuler de gros objets) et du contrôle du tonus musculaire dans les trois premières années de la vie est cruciale pour aider l'enfant à améliorer sa force musculaire, sa posture ainsi que sa coordination (Dugas et Point, 2012).

4. Le jugement : Le jeune enfant a une compréhension insuffisante des conséquences et des dangers potentiels reliés à certains comportements (porter un objet dans sa bouche, par exemple). Il n'a pas encore eu l'opportunité d'être exposé à un nombre suffisant de situations d'apprentissage qui soutiennent et construisent la connaissance nécessaire pour exercer les premières formes d'un jugement critique sur les êtres et sur les choses (Ministère de la Famille, 2014). Le jeune enfant peine à éliminer les différentes options, car il a de la difficulté à différencier les informations pertinentes de celles qui ne le sont pas. À titre d'exemple, il peut décider de

prendre une bicyclette beaucoup trop grande pour lui (et risquer de tomber) seulement parce qu'il en aime la couleur (Howse et coll., 2003).

La **faible force musculaire** et l'**immaturité sensorielle** du très jeune enfant sont également des facteurs de risque qui contribuent à sa plus grande exposition aux risques de traumatismes (Tursz, 1992).

LES PRINCIPES GÉNÉRAUX POUR L'INTERVENTION

Le tableau suivant tiré du document *Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenantes* (Bégin et coll., 2001) porte sur les différents risques selon les stades de développement de l'enfant.

Principaux risques selon les différents stades de développement de l'enfant	
0 - 6 mois	<p>L'enfant commence à s'asseoir tout seul, passe du ventre au dos, essaie de ramper sur le sol, explore les objets et écoute les bruits. Il commence à saisir le sens de certaines interdictions.</p> <p>Les principaux traumatismes affectant ce groupe d'âge sont les étouffements/suffocations, les chutes, les intoxications et les brûlures.</p> <p>Ce groupe d'âge est vulnérable à ces types de traumatismes parce que :</p> <ul style="list-style-type: none">• les nourrissons développent leur équilibre et ils présentent de la lenteur dans le temps de réaction (chutes);• ils ne peuvent pas évaluer la distance et la vitesse des objets;• ils sont attirés par des objets de couleurs qu'ils portent à leur bouche (intoxications et étouffements);• ils peuvent avaler des objets sans les mastiquer (étouffements).

Principaux risques selon les différents stades de développement de l'enfant

6 - 12 mois

Comme pour les nourrissons, les enfants de 6 à 12 mois sont particulièrement affectés par les **chutes** et les **intoxications**. Leurs habiletés motrices et cognitives progressent rapidement, mais sont maîtrisées partiellement.

Les enfants de cet âge sont particulièrement vulnérables aux traumatismes parce qu'ils :

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

1 - 2 ans

Les capacités motrices et cognitives se développent de plus en plus rapidement. L'enfant prononce quelques mots et commence à saisir des consignes très simples. Les traumatismes causés par les **chutes** et les **intoxications** demeurent toujours prédominants et ceux liés aux activités sportives et récréatives font leur apparition.

À cet âge, les enfants sont vulnérables parce qu'ils :

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

En raison des risques présents à chacun des stades de développement du jeune enfant, l'inclusion systématique d'un **minimum de trois visites** à domicile ayant pour cible principale la prévention des traumatismes à domicile est recommandée avant l'âge de deux ans. Ces visites doivent idéalement être prévues à chacune des trois périodes suivantes, soit entre 0 et 6 mois, entre 6 et 12 mois et entre 1 et 2 ans. Par ailleurs, il est également souhaitable de saisir les opportunités présentes lors de l'ensemble des visites pour renforcer les messages préventifs et compléter les interventions en matière de sécurité à domicile. Par exemple, un cendrier plein de mégots laissé à la portée d'un jeune enfant constitue une occasion de revenir sur les risques d'étouffement. Évitez toutefois les approches culpabilisantes en présence de situations jugées non sécuritaires pour ne pas miner la relation de confiance.

LES INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ À DOMICILE

Diverses conditions favorisent la réussite des interventions de prévention des traumatismes à domicile. Principalement, les quatre conditions suivantes constituent des éléments-clés (Morrongiello, 1998) :

- le counseling est **effectué à domicile** au sujet de **dangers précis** et sur les façons de les éliminer;
- les programmes **offrent gratuitement des dispositifs de sécurité faciles à installer**;
- les intervenantes offrent des conseils et une **aide** aux parents pour **l'installation** des dispositifs de sécurité ou les installent elles-mêmes;
- les programmes prévoient **plusieurs visites** ou des communications de **suivi** afin de renforcer l'observation des règles de sécurité.

L'utilisation d'une trousse contenant des dispositifs de sécurité ainsi que de la documentation a d'abord une valeur éducative et structurante pour **appuyer les interventions préventives** en lien avec les traumatismes à domicile. Elle **soutient le counseling** effectué lors des visites à domicile en offrant des éléments qui permettent aux parents d'appliquer les recommandations en matière de sécurité gratuitement, ou à peu de frais. De par son caractère concret et positif, la trousse aide également à favoriser une relation de confiance entre l'intervenante et la famille de même qu'un attachement sécurisant. Si l'enfant perçoit que son environnement est un endroit sécuritaire et qu'il a l'assurance que son parent est présent et le protège, il sera plus confiant pour explorer son environnement.

Conditions de réussite reliées à l'utilisation d'une trousse lors des visites à domicile

Les expériences antérieures ainsi que les démarches effectuées pour la révision des interventions en matière de sécurité à domicile dans le cadre des SIPPE en Montérégie ont permis de dégager un certain nombre de conditions favorables à la réussite du programme montérégien de visites à domicile utilisant des trousse.

Ces conditions sont, entre autres :

- utiliser la trousse comme porte d'entrée à une intervention en promotion de la sécurité lors de visites à domicile;
- lors de l'utilisation de la trousse, viser l'amélioration de la relation de confiance entre la famille et l'intervenante et l'empowerment des parents en matière de sécurité;
- la trousse est un échantillon d'éléments de sécurité et sert d'amorce pour les échanges en lien avec les problèmes de sécurité chez les enfants. Sa remise ne constitue pas une intervention en soi;
- intervenir à au moins trois reprises, soit lors d'une visite à domicile prévue pendant chacun des trois stades de développement des jeunes enfants;
- le matériel contenu dans la trousse doit être exploré avec les parents lors de ces visites, selon ce qui est pertinent au stade de développement de l'enfant;
- faire l'inventaire des risques avec le parent en se déplaçant dans chacune des pièces de la maison, ou en observant les comportements à risque dans le but d'identifier, avec celui-ci, leur présence et les correctifs à apporter;
- une part importante du contenu de la trousse cible les moments où l'enfant commence à être en mesure ou en voie de se déplacer et d'explorer; prévoir davantage de temps pour le counseling en matière de sécurité lors de ces visites;
- s'assurer qu'un suivi aux interventions est prévu plus tard. Le fait de savoir qu'une visite de suivi est prévue motive les familles à se conformer aux recommandations quant à l'implantation des mesures sécuritaires.

Ne pas croire que la trousse a à elle seule un effet.

Il s'agit d'un soutien et d'un renforcement positif à l'intervention.

Une nouvelle trousse et des nouveaux outils pour le soutien des visites à domicile dans les SIPPE

Suite à la révision des interventions en matière de sécurité à domicile effectuée en Montérégie en 2016, des modifications ont été apportées aux éléments contenus dans la trousse. Sans changer fondamentalement la façon d'utiliser cette dernière, ces nouveautés visent à optimiser le soutien apporté par la trousse lors des interventions en matière de sécurité à domicile.

Dans un premier temps, les dispositifs de sécurité contenus dans la trousse ont été revus en fonction de différents critères (efficacité, disponibilité, facilité d'installation, utilisation réelle par les parents, etc.) afin d'optimiser les éléments remis aux parents.

Ensuite, le contenu informatif (dépliants, etc.) a été retiré de la trousse, à quelques exceptions près. Le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* a été favorisé comme source d'information afin d'alléger le matériel écrit remis aux parents et de s'harmoniser avec les autres interventions des SIPPE.

Finalement, une pochette de l'intervenante a été développée afin de colliger les outils pertinents aux interventions. La plupart des dépliants qui étaient auparavant contenus dans la trousse se retrouvent maintenant dans cette pochette et peuvent être utilisés comme aides visuelles ou autres lors des échanges avec les parents. Les dépliants dont l'information datait ou était redondante ont été retirés. La pochette contient par ailleurs d'autres outils tels qu'un aide-mémoire des interventions à réaliser selon les types de traumatismes et une liste de sites internet sur la prévention des traumatismes. Elle permet aussi à l'intervenante d'ajouter du matériel à sa guise pour la personnaliser selon les besoins.



RÉFÉRENCES

ASPC (2009). *Étude des blessures chez les enfants et les jeunes — Pleins feux sur la sécurité des produits de consommation*. En ligne. [Page consultée le 25 octobre 2016] <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cyi-bej/2009/index-fra.php>

Bégin C. et coll. (2001). *Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants*. [Montréal] : Unité Écologie humaine et sociale, Direction de santé publique de Montréal-Centre; [Saint-Charles-Borromée, Québec] : Direction de santé publique de Lanaudière; [Saint-Jérôme, Québec] : Direction de santé publique des Laurentides. 226 p.

Dugas C. et Point M. (2012). *Portrait du développement moteur et de l'activité physique au Québec chez les enfants de 0 à 9 ans*. Rapport final, UQTR. 78 p. En ligne. [Page consultée le 25 octobre 2016] https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC996/F142972850_Rapport_final_Version_F_vrier_2012final.pdf

Gagné M. et coll. (2009). *Les traumatismes chez les enfants et les jeunes Québécois âgés de 18 ans et moins : état de situation*. INSPQ. 102 p. En ligne. [Page consultée le 25 octobre 2016] https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/934_TraumaEnfants.pdf

Gallagher S.S. et coll. (1985). *A home injury prevention program for children*. *Pediatric Clinics of North America*, 32(1):95-112.

Howse R.B. et coll. (2003). *Children's decision making: the effects of training, reinforcement, and memory aids*. *Cognitive Development*, Volume 18, Issue 2, p. 247-268.

Jordan E.A. et coll. (1993). *Injuries of children of adolescent mothers: home safety education associated with decreased injury risk*. *Pediatrics*, 91 : 481-87.

Ministère de la Famille (avec la collaboration du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et du ministère de la Santé et des Services sociaux). (2014). *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec : une vision partagée pour des interventions concertées*. Ministère de la Famille. 29 p. En ligne. [Page consultée le 25 octobre 2016] <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Favoriser-le-developpement-global-des-jeunes-enfants-au-quebec.pdf>

Morrongiello B.A. (1998). *Prévenir les blessures accidentelles chez les enfants. La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Ottawa : Forum national sur la santé : 185-247. 2009-06-25.

Olds D.L. et coll. (1994). *Does Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation Have Enduring Effects on Qualities of Parental Caregiving and Child Health at 25 to 50 Months of Life?* *Pediatrics*, 93 (1) 89-98.

Rivara F.P. et coll. (1989). *Parental attitudes and practices toward children as pedestrians*. *Pediatrics*, 84, 1017-1021.

Roberts I. et coll. (1996). *Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials*. BMJ, 312 : 29-33.

Santé Canada. (1996). *Attitudes des parents vis-à-vis les blessures infantiles non intentionnelles*. 62 p.

Sheaffer L.G. et coll. (1999). *Child development, health and safety training manual*. University of North Carolina, Injury prevention research center, 275 p.

Tursz A. (1992). *La prévention des accidents domestiques d'enfants : stratégies et évaluation*. In : La prévention des accidents domestiques de l'enfant. Éditions Comité Français d'Éducation pour la santé, p. 19-26.

Yanchar et coll. (2012). *Document de principes - La prévention des blessures chez les enfants et les adolescents : une démarche de santé publique*. Société canadienne de pédiatrie. En ligne. [Page consultée le 25 octobre 2016].

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496360/pdf/pch17512.pdf>



**Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre**

Québec

