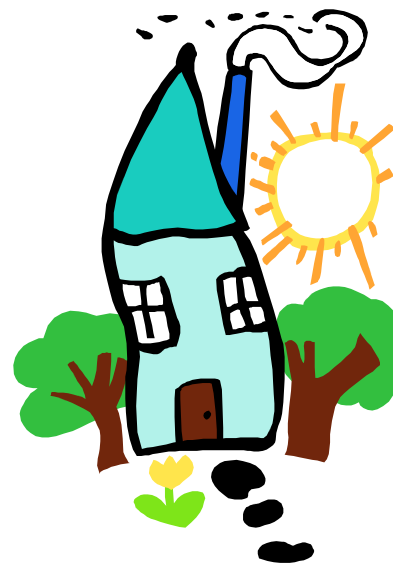




RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
BAS-SAINT-LAURENT

Évaluation d'une trousse de prévention des traumatismes à domicile survenant à de jeunes enfants



Sylvain Leduc, m.d. FRCPC

Avec la collaboration de
Nathalie Dion, psychoéducatrice

Mai 1999

Direction de la
santé publique,
de la
planification
et de l'évaluation

Évaluation d'une trousse de prévention des traumatismes à domicile survenant à de jeunes enfants

Sylvain Leduc, m.d. FRCPC

Avec la collaboration de
Nathalie Dion, psychoéducatrice

Mai 1999

Une production de
Direction de la santé publique, de la planification
et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon
Rimouski (Québec) G5L 9A8

Cette étude a été réalisée grâce à l'octroi de deux subventions, l'une provenant du Programme de subventions en santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et l'autre de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dépôt légal : 2^e trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-921799-41-3

REMERCIEMENTS

Cette recherche n'aurait pu se réaliser sans la précieuse collaboration de plusieurs personnes et organismes.

Je tiens d'abord à remercier particulièrement Nathalie Dion, psychoéducatrice et technicienne de recherche pour son implication à toutes les phases de l'intervention. Sa compétence et son dynamisme ont grandement facilité la réalisation d'un projet qui nécessitait un doigté particulier (visiter 96 familles à deux reprises avec une grille d'analyse n'est jamais chose facile!).

Je remercie également Marie-Josée Papillon, pharmacienne, Wilber Deck, médecin-conseil et André Dontigny, directeur de santé publique, pour leurs commentaires constructifs lors de la validation du rapport.

Merci aussi à Doris Charron, secrétaire et Danielle Ruest, technicienne en recherche, pour leur précieux support et leur grande générosité.

Merci aux huit CLSC du Bas-Saint-Laurent et, en particulier leurs équipes oeuvrant en petite enfance pour leur collaboration à l'implantation d'une nouvelle intervention et ce dans un contexte où la charge de travail ne va pas en diminuant.

Cette recherche a aussi pu être possible grâce à diverses sources de financement.

Merci d'abord à Lucie Chénard pour avoir facilité la tâche à l'obtention d'une subvention dans le cadre du Programme de subventions en santé publique et à Desmond Dufour d'avoir fait de même pour l'obtention d'une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (projets conjoints avec le Comité de prévention des traumatismes).

Je remercie enfin la compagnie Pharmascience pour leur commandite de sirop d'ipéca.

RÉSUMÉ

En mars 1998, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent implantait une intervention visant la prévention des traumatismes à domicile chez les enfants, et ce, par le biais d'une trousse. Composée de divers moyens simples de prévention, cette trousse a été distribuée à 200 familles à faible revenu par des infirmières effectuant des visites à domicile, au sein des programmes de périnatalité des CLSC de la région.

Les objectifs de l'étude sont d'abord d'évaluer la capacité de la trousse à amener les familles à apporter des modifications sécuritaires à leur domicile et de vérifier ensuite la satisfaction, tant des familles que des intervenantes impliquées, à l'endroit de ce nouvel outil.

Cinquante familles, à qui des troussees avaient été distribuées, furent visitées à deux reprises, à intervalle de 6 à 8 semaines. Les observations recueillies à l'aide d'une grille standardisée furent comparées à celles obtenues auprès de 46 familles également visitées à deux reprises toujours à 6 à 8 semaines d'intervalle, mais n'ayant pas reçu de trousse, uniquement des recommandations. Une séance de type «focus group» fut aussi mise sur pied afin d'évaluer la satisfaction d'intervenantes en périnatalité des CLSC ayant eu à distribuer et à travailler avec les troussees.

Outre le fait que 100 % des familles du groupe expérimental se sont dites satisfaites de l'intervention, on a pu constater que la très grande majorité des éléments fournis par la trousse ont engendré les modifications sécuritaires souhaitées (77 %). Celles-ci le furent de façon statistiquement plus élevée que pour le groupe témoin dans un rapport de 1,86 (1,52 – 2,27).

Les modifications sécuritaires apportées par les familles du groupe expérimental furent également significativement plus nombreuses pour des mesures préventives recommandées mais non fournies par la trousse, et ce, dans un rapport de 2,55 (1,64 – 3,96).

Aucune caractéristique socio-démographique des familles ayant reçu la trousse n'a permis de prédire une meilleure observance envers les mesures préventives (fournies ou non).

L'évaluation de type «focus group» auprès des intervenantes en périnatalité a permis de confirmer la satisfaction des familles concernant la trousse. Elle a aussi permis de constater la satisfaction des intervenantes à l'égard de la trousse. Celle-ci est décrite comme servant de «porte d'entrée» à une intervention en prévention des traumatismes lors des visites à domicile. On lui attribue également un potentiel «d'effet multiplicateur» lorsque utilisée auprès des familles vues, tant lors des cliniques de vaccination que lors de formations de groupe de type YAPP (Y a personne de parfait), ou lors de cours prénataux, par exemple. Des suggestions sont également apportées par les intervenantes afin d'améliorer la trousse et d'en retirer les éléments jugés moins pertinents.

Nous considérons donc, à la lumière de ces résultats, que les visites à domicile constituent une occasion privilégiée pour favoriser la prévention des traumatismes, et que l'utilisation d'une trousse distribuant gratuitement des dispositifs de sécurité entraîne des résultats nettement plus encourageants que le recours à du simple counselling. La trousse permet également l'intégration systématique de la prévention des traumatismes dans la pratique quotidienne des équipes œuvrant auprès des enfants, ce qui n'est pas le cas lorsque les intervenantes se sentent mal formées ou mal outillées pour le faire. Des recommandations sont formulées à la fin de ce rapport sur les modalités à privilégier pour implanter optimalement cette intervention dans la région.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
INTRODUCTION	1
1.0 PROBLÉMATIQUE	2
2.0 DESCRIPTION DE L'INTERVENTION CHOISIE PAR LA RRSS DU BAS-SAINT-LAURENT	5
3.0 OBJECTIFS DE L'INTERVENTION ET DE L'ÉVALUATION.....	7
4.0 MÉTHODOLOGIE	8
5.0 RÉSULTATS.....	11
5.1 Résultats de l'évaluation des domiciles	11
5.1.1 Les caractéristiques des participants.....	11
5.1.2 Évaluation des modifications sécuritaires apportées aux domiciles	13
5.1.3 La répartition des résultats obtenus auprès du groupe expérimental, selon les caractéristiques des participants	17
5.1.4 La satisfaction des participants	17
5.2 Résultats du focus group	21
5.2.1 Utilité de la trousse.....	21
5.2.2 Conséquences négatives liées à l'utilisation de la trousse.....	22
5.2.3 Intérêt et réceptivité des familles visées	23
5.2.4 Modifications suggérées et impressions sur la nécessité de rendre cette intervention permanente.....	24
6.0 DISCUSSION	25
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	29
BIBLIOGRAPHIE.....	32
ANNEXE 1 COMPOSITION DE LA TROUSSE	34
ANNEXE 2 QUESTIONNAIRE.....	35
ANNEXE 3 CRITÈRES PERMETTANT L'APPRÉCIATION DE LA SÉCURITÉ DE CERTAINS OBJETS TROUVÉS AU DOMICILE.....	42
ANNEXE 4 FOCUS GROUP	43

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1	Résultats de l'évaluation des domiciles — caractéristiques des participants.....	12
TABEAU 2	Évaluation des domiciles — pourcentage des modifications apportées : questions relatives à des éléments fournis dans la trousse	14
TABEAU 3	Évaluation des domiciles — pourcentage des modifications apportées : questions relatives à des éléments <u>non</u> fournis dans la trousse	15
TABEAU 4-A	Évaluation des domiciles — résultats selon l'âge de la mère : questions relatives à des éléments fournis dans la trousse (groupe expérimental).....	18
TABEAU 4-B	Évaluation des domiciles — résultats selon l'âge de la mère : questions relatives à des éléments <u>non</u> fournis dans la trousse (groupe expérimental).....	18
TABEAU 5-A	Évaluation des domiciles — résultats selon le type de famille : questions relatives à des éléments fournis dans la trousse (groupe expérimental).....	19
TABEAU 5-B	Évaluation des domiciles — résultats selon le type de famille : questions relatives à des éléments <u>non</u> fournis dans la trousse (groupe expérimental).....	19
TABEAU 6-A	Évaluation des domiciles — résultats selon le type de résidence : données relatives à des éléments fournis dans la trousse (groupe expérimental).....	20
tableau 6-B	Évaluation des domiciles — résultats selon le type de résidence : données relatives à des éléments <u>non</u> fournis dans la trousse (groupe expérimental).....	20

INTRODUCTION

En mars 1998, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent implantait une intervention visant la prévention des traumatismes à domicile chez les enfants, et ce, par le biais d'une trousse. Composée de divers moyens simples de prévention, cette trousse a été distribuée à 200 familles à faible revenu de la région, par des infirmières œuvrant au sein des programmes de périnatalité des CLSC.

Peu d'interventions similaires sont recensées dans les écrits disponibles sur le sujet et une évaluation de ce nouvel outil s'impose avant de statuer sur son éventuelle pérennité. La présente étude vise à évaluer la capacité de la trousse à amener les familles à apporter des modifications sécuritaires à leur domicile, de même qu'à évaluer leur satisfaction et celle des intervenantes à l'égard de cette trousse de prévention des traumatismes.

1. PROBLÉMATIQUE

Les traumatismes constituent, tant au Québec que dans l'ensemble du Canada, la toute première cause de décès chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire, de même que chez les adolescents^{1,2}. Les accidents de la route constituent la principale cause de décès par traumatismes chez les enfants. Les noyades, les brûlures, les suffocations, les empoisonnements et les chutes viennent ensuite¹.

L'ensemble des traumatismes occasionnent aussi un nombre important d'hospitalisations dont les deux premières causes chez les enfants d'âge préscolaire sont les chutes et les intoxications non intentionnelles³. L'on estime par ailleurs que pour chacune de ces hospitalisations, 17 visites à l'urgence seront également enregistrées⁴.

Les traumatismes survenant chez les enfants doivent donc être considérés comme un problème important de santé publique, souvent sous-estimé, mais dont on commence à mieux connaître les déterminants. Il est, en effet, davantage documenté que l'environnement résidentiel constitue le lieu de survenue d'un nombre important de blessures³, et que cet environnement occupe une place d'autant plus prépondérante lorsque l'enfant est jeune (particulièrement donc chez les 0-4 ans)^{5,6}.

Il n'est malheureusement pas facile d'intervenir pour faire diminuer l'incidence des blessures survenant à la maison. Une chose semble néanmoins certaine, c'est que le fait d'augmenter les connaissances des parents sur la sécurité des enfants n'est pas suffisant pour modifier leurs comportements à l'égard de la sécurité au foyer^{7,8}. La recension des écrits sur le sujet tend plutôt à démontrer la pertinence d'utiliser deux approches potentiellement complémentaires.

La première approche favorisée par maints auteurs consiste à cibler les jeunes familles, principalement à faible revenu, et ce via des visites à domicile. Il est en effet maintenant démontré que l'on peut efficacement diminuer l'incidence de certains traumatismes survenant à de jeunes enfants, par des visites effectuées par des intervenantes œuvrant au sein de programmes en périnatalité^{9,10,11,12}. Ces visites permettent, entre autres, d'effectuer un counselling visant l'amélioration de la sécurité des domiciles via des mesures simples (par exemple : installation de barrières, de loquets pour armoires, de détecteurs de fumée). Ces interventions sont plus efficaces lorsqu'elles favorisent l'implantation de mesures passives, c'est-à-dire ne nécessitant pas à chaque fois un comportement, afin d'éviter les risques potentiels de blessure¹³.

La deuxième approche s'appuie sur des programmes visant à inciter les parents à utiliser des dispositifs de sécurité au foyer. Plusieurs modalités peuvent dès lors être utilisées, que ce soit lors de consultations médicales^{14,15} ou lors de visites à domicile^{7,12}. Chacune de ces approches semble apporter des résultats positifs. Toutefois, l'analyse de deux programmes efficaces menés aux États-Unis et nommés Home Injury Prevention Program (HIPP) et Safe Block Project permet d'identifier des conditions associées à une plus grande réussite⁷. Ces conditions sont les suivantes :

- q Le counselling est effectué à domicile et de l'information et des conseils sont dispensés au sujet de dangers précis et sur les façons de les éliminer.
- q Les programmes offrent gratuitement des dispositifs de sécurité faciles à installer.
- q La plupart des dispositifs de sécurité sont installés par les intervenants-es, limitant du même coup les efforts requis de la part des parents. En fait, il semble que les quelques dispositifs que les parents doivent installer eux-mêmes sont rarement en évidence au moment de l'inspection de suivi.
- q Les programmes prévoient plusieurs visites ou des communications de suivi afin de renforcer l'observation des règles de sécurité et d'éliminer les dangers.

Au Québec, à notre connaissance, il existe peu de programmes implantés et évalués visant la réduction des traumatismes à domicile chez les enfants. Un de ceux-ci concerne la trousse R.A.P.I.D qui visait à prévenir les intoxications domestiques et à intervenir plus efficacement dans de tels cas¹⁶. Cette intervention consistait à distribuer à des parents d'enfants d'environ douze mois une trousse contenant du sirop d'ipéca, du charbon activé, un autocollant portant le numéro de téléphone du Centre Antipoison, un mémo plastifié et des livrets d'information.

Les auteurs de l'évaluation de l'intervention révèlent que les personnes ayant reçu la trousse avaient une meilleure connaissance des produits toxiques, avaient des attitudes plus positives à l'égard de la prévention des intoxications et montraient des modifications dans les comportements autorapportés entraînant un environnement plus sécuritaire et une meilleure intervention en situation d'urgence.

Une autre étude sur le sujet a été réalisée dans le Bas-Saint-Laurent en 1995¹⁷. Cette étude concernait une intervention à domicile faite par une intervenante auprès de 46 familles à faible revenu, mais où du counselling seul visant la prévention des traumatismes chez les enfants était effectué, sans distribution de matériel. Utilisant une grille standardisée lors de deux visites séparées d'environ huit semaines, les auteurs ont constaté que seulement 27 % des

modifications suggérées avaient été réalisées lors de la seconde visite. La principale recommandation de leur rapport stipulait alors que :

« Les intervenants (...) doivent bénéficier d'une trousse en vue de réaliser les modifications suggérées puisque les raisons monétaires et l'oubli sont invoqués le plus fréquemment par les familles n'ayant pas réalisé certaines modifications! »

Nous constatons donc que le contexte des visites à domicile semble constituer un moyen privilégié pour chercher à prévenir le nombre de traumatismes survenant à de jeunes enfants^{9,10,11,12,18}. Les infirmières affectées à cette tâche ont d'ailleurs généralement une attitude favorable concernant cette problématique, mais déplorent souvent le fait d'être insuffisamment formées ou outillées pour le faire¹⁹. Connaissant maintenant le potentiel limité des approches ne reposant que sur la transmission de conseils ou d'informations générales sur la sécurité, il devient impératif de trouver une formule novatrice permettant d'optimiser les bienfaits attendus des visites à domicile, et ce, afin de réduire l'incidence des traumatismes survenant chez les enfants.

2. DESCRIPTION DE L'INTERVENTION CHOISIE PAR LA RRSSS DU BAS-SAINT-LAURENT

Un des objectifs des priorités nationales de santé publique 1997-2002 est : « que d'ici 1999, cinq projets pilotes visant la prévention des blessures à domicile aient été expérimentés et évalués ».

Considérant les aspects particuliers de la problématique des traumatismes chez les enfants tels qu'énoncés précédemment, la RRSSS du Bas-Saint-Laurent a décidé de procéder en mars 1998 à la distribution de 200 trousseaux visant la prévention des traumatismes à domicile (liste complète des éléments fournie en annexe). Ces trousseaux, contenant plusieurs moyens efficaces de prévention, ont été distribués à des familles à faible revenu suivies dans le cadre des programmes de périnatalité des CLSC (du type Naître égaux – Grandir en santé) de la région, c'est-à-dire, dans les premiers mois suivant la naissance d'un enfant.

La décision de ne cibler que les jeunes familles à faible revenu repose sur trois principales raisons, autres que celle reliée aux importantes ressources requises (chaque trousse coûte environ 35 \$).

La première raison est qu'il existe un potentiel d'efficacité relié à cette intervention. Il est en effet bien démontré que l'on peut efficacement diminuer l'incidence de certains traumatismes survenant aux jeunes enfants de familles à faible revenu, et ce, principalement par des visites à domicile^{9,10,11,12}. Dans notre intervention, chaque CLSC de la région identifiait les familles admissibles sur la base de critères couramment utilisés par eux pour les programmes de suivis postnatals.

La deuxième raison justifiant le choix de clientèle sélectionnée est le fait que les familles à faible revenu sont celles où l'incidence des traumatismes chez les enfants est la plus élevée^{20,21,22,23}.

Enfin, la troisième raison ayant influencé la décision d'intervenir de la sorte est le résultat de l'étude évoquée précédemment¹⁷, effectuée dans le Bas-Saint-Laurent. Ces résultats démontraient alors clairement que si l'on veut que les familles à faible revenu améliorent significativement la sécurité de leur domicile, il est souhaitable de les aider concrètement, quitte à distribuer gratuitement les moyens nécessaires.

Il est par ailleurs intéressant de noter que ces résultats vont dans le même sens que les conclusions d'une récente étude anglaise (1998). Les auteurs ont ainsi constaté, lors d'un essai randomisé, que des familles à faible revenu ayant de jeunes enfants utilisaient significativement plus d'équipements sécuritaires à la maison si on leur donnait un counselling adéquat jumelé à l'accès à ces mesures sécuritaires à un faible coût¹⁴.

La composition de la trousse a, quant à elle, fait l'objet d'une prise en compte d'éléments tant scientifiques (qualité de la preuve quand disponible) que de considérations pratiques (coût, disponibilité, capacité d'être insérés dans une boîte pas trop volumineuse, etc.).

Le point de départ s'avéra la recommandation (de niveau B) du groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique à propos de la prévention des blessures et concernant des trousse antipoison¹. Celle-ci s'énonce comme suit :

« Trousse antipoison : distribuer des trousse contenant du sirop d'ipéca, des dispositifs de fermeture d'armoires, les numéros de téléphone d'urgence à tous les nouveaux parents. »

C'est ainsi que la trousse offerte aux familles permet de viser d'abord la prévention des intoxications via la distribution de loquets pour armoires, tiroirs et pharmacie, de couvre-poignées de porte, de sirop d'ipéca, et d'un autocollant portant le numéro de téléphone du centre anti-poison (ainsi que de dépliants éducatifs également produits par le CAP).

La trousse vise également la prévention des brûlures et électrocutions grâce à la distribution d'un détecteur de fumée avec pile et de couvre-prises électriques.

Par ailleurs, nous tenions à ce que du counselling soit fait concernant la sécurité dans les salles de bain puisqu'il est notoire que cette pièce est un lieu où surviennent fréquemment des blessures, particulièrement chez les jeunes⁵. C'est pourquoi nous avons inclus des bandes adhésives à insérer dans le bain afin de prévenir les chutes. Bien que non scientifiquement recommandé, cet outil permet aux intervenantes de systématiquement aborder la notion de sécurité dans la salle de bain, i.e. non seulement la prévention des chutes, mais aussi l'importance de ne jamais laisser de jeunes enfants seuls dans la baignoire, de même que de procéder à l'abaissement de la température du chauffe-eau.

Finalement, la trousse comprend divers éléments pratiques dont l'efficacité n'a pas été évaluée de façon systématique mais dont l'utilité est fort plausible, soit notamment des raccourcisseurs de cordons de stores (prévention de strangulation) et de fils électriques (pour prévenir les chutes), des coins de table en caoutchouc, une veilleuse de type œil magique, etc.

3. OBJECTIFS DE L'INTERVENTION ET DE L'ÉVALUATION

L'objectif de l'intervention est évidemment de prévenir les traumatismes chez les familles qui bénéficient de la trousse. Nous croyons que cet outil peut contribuer à atteindre l'objectif #10 de la Politique de la santé et du bien-être visant à réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes à domicile.

Quant aux objectifs relatifs à l'évaluation de cette intervention, ils sont au nombre de trois, soit :

Objectif 1 : « Mesurer de 6 à 8 semaines après une première visite, le pourcentage de modifications sécuritaires apportées au domicile des familles participantes, en comparant avec la situation prévalant avant la distribution de la trousse de sécurité et du counselling réalisé ».

Objectif 2 : « Évaluer la satisfaction des familles visitées quant à leur participation à ce type d'intervention ».

Objectif 3 : « Évaluer la satisfaction des intervenantes en périnatalité en regard de l'utilisation de ce nouvel outil ».

4. MÉTHODOLOGIE

L'évaluation de l'intervention est faite en deux volets, soit d'abord selon une approche qualitative et ensuite de façon quantitative.

Le volet qualitatif de l'évaluation sera abordé plus loin et consiste principalement en une approche de type « focus group » effectuée auprès d'infirmières de CLSC qui ont utilisé la trousse.

Le volet quantitatif quant à lui est abordé selon un devis d'évaluation quasi expérimental de type pré-post avec groupe de comparaison²⁴. Le groupe soumis à l'intervention est composé de 50 familles, par opposition au groupe témoin qui en comporte 46.

Il a été mentionné précédemment que l'intervention de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent concernait 200 trousses de prévention des traumatismes à distribuer dans l'ensemble de notre région via les 9 CLSC existants. Pour les fins de l'évaluation, et principalement en raison de l'ampleur des ressources nécessaires, 50 familles sur les 200 ont été sélectionnées pour participer à l'étude au sein du groupe expérimental.

La sélection de ces 50 familles le fut sur une base géographique, i.e. que deux CLSC de notre région (soit celui de l'Estuaire à Rimouski et celui de la Mitis à Mont-Joli) ont eu la responsabilité d'identifier 50 familles à faible revenu desservies par eux dans le cadre des suivis postnatals. Les critères de sélection utilisés par les CLSC sont inspirés du programme type Naître égaux – Grandir en santé qui cible la sous-scolarisation de la mère (soit de ne pas avoir terminé onze ans de scolarité) comme étant un indicateur déterminant de pauvreté²⁵.

Une fois identifiées par les deux CLSC participants, les 50 familles suivies en postnatal, dont l'enfant devait être âgé entre 3 et 6 mois, étaient contactées par une intervenante (la technicienne de recherche) qui lui proposait l'intervention. Celle-ci consistait en une première visite où un questionnaire devait être rempli en procédant à la remise de la trousse, et une deuxième visite à prévoir de 6 à 8 semaines plus tard.

L'approche ainsi utilisée en est une d'observation directe quant aux modifications apportées à l'environnement domiciliaire. Cette approche est rendue nécessaire par l'extrême difficulté de chercher à mettre en évidence des modifications des taux d'incidence de blessure qui pourraient être attribuables à l'intervention. De tels résultats, pour être significatifs, exigeraient de très grands groupes et d'énormes ressources compte tenu de la relative rareté des événements à observer²⁶.

Nous avons donc eu recours à l'utilisation de mesures intermédiaires (l'observation directe de l'environnement) en s'inspirant des travaux de Rivara intitulés « Hierarchy of injury outcome measures »²⁷. Cette hiérarchisation de mesures des résultats se présente d'ailleurs comme suit (traduction libre de notre part) :



La collecte de données, telle que mentionnée précédemment, a été effectuée à deux reprises à intervalle de 6 à 8 semaines. Elle fut exécutée à l'aide d'une grille standardisée (présentée en annexe) de 28 questions fermées auxquelles s'ajoutaient deux questions ouvertes sur la satisfaction des familles et cinq questions de nature sociodémographique. Cette grille était remplie à domicile par une seule et même intervenante pour les 50 familles du groupe expérimental et pour les 46 familles du groupe de comparaison. La grille permettait ainsi de procéder à des recommandations quant aux modifications sécuritaires à apporter au domicile et de mesurer le pourcentage des modifications apportées dans les 6 à 8 semaines entre les deux visites.

Quant au groupe de comparaison utilisé, il est nécessaire de préciser certains éléments. Celui-ci est composé de 46 familles à faible revenu sélectionnées sur le territoire de CLSC de la Mitis selon les mêmes critères que le groupe expérimental. Ce groupe fut aussi évalué à deux reprises à intervalle de 6 à 8 semaines par la même technicienne de recherche que le groupe expérimental, mais à la différence notoire que ces visites ont eu lieu en 1994 et avaient fait l'objet d'un rapport d'évaluation cité précédemment¹⁷. Ce groupe avait alors été évalué à l'aide d'une grille comportant 77 questions fermées (d'où sont issues les 28 questions fermées du présent questionnaire fourni en annexe). La lourdeur du questionnaire de 1994 a motivé la décision de restreindre le nombre de questions. La comparaison des résultats pour les 28 questions identiques demeure donc possible.

Il faut mentionner aussi que le groupe de comparaison n'avait évidemment pas reçu de trousse, mais avait reçu de la part de l'intervenante le même counselling relatif aux modifications à apporter au domicile en regard des constats effectués à l'aide de la grille. Nous comparerons donc le pourcentage des modifications sécuritaires apportées au domicile chez un groupe ayant reçu la trousse en plus du counselling (groupe expérimental) à un groupe ayant reçu le counselling seul (groupe témoin). Les possibles différences entre la composition des deux groupes et les circonstances pouvant entraîner une variation des résultats seront abordées dans la section discussion.

Enfin, l'évaluation de l'intervention comporte un volet qualitatif (en plus des deux questions ouvertes posées aux familles) utilisant une méthodologie de type « focus group ». L'objectif de cette approche est d'évaluer la satisfaction des intervenantes en périnatalité en regard de l'utilisation de l'outil.

Puisque, au total, 200 trousses ont été distribuées dans l'ensemble de la région du Bas-Saint-Laurent, il a été possible de recruter huit infirmières provenant de quatre CLSC différents. Ces intervenantes ont toutes eu à travailler avec la trousse, mais n'avaient pas à consigner d'observations à l'aide de la grille standardisée. C'est pourquoi, contrairement à la technicienne de recherche, elles avaient eu la consigne de non seulement distribuer des trousses mais aussi d'aider à installer les dispositifs de sécurité, au besoin. Une séance de deux heures a été prévue et a permis d'aborder les thèmes présentés à l'annexe 4.

5. RÉSULTATS

5.1 Résultats de l'évaluation des domiciles

L'analyse des résultats de l'évaluation des domiciles peut être effectuée selon quatre volets distincts, soit :

1. Les caractéristiques des participants.
2. L'évaluation des modifications sécuritaires apportées au domicile.
3. La répartition selon les caractéristiques des participants.
4. La satisfaction des participants.

5.1.1 Les caractéristiques des participants

Les cinq premières questions posées lors de l'évaluation des domiciles étaient destinées à connaître certaines caractéristiques sociodémographiques des participants. Nous avons conservé les trois questions utilisées en 1994 pour le groupe témoin et ajouté deux questions sur l'âge du répondant (ici, la mère dans tous les cas) et sur le type de famille. Les résultats sont présentés au tableau 1.

Les quelques données disponibles suggèrent que les deux groupes sont comparables. Nous n'avons cependant pas de raison de croire que les deux groupes soient si différents puisque choisis par les deux CLSC participant selon les mêmes critères de sélection permettant de cibler les familles nécessitant un soutien périnatal.

TABEAU 1 **RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DES DOMICILES : CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS**

Question 1 **Qui répondra au questionnaire?**

	Groupe expérimental 1998	Groupe témoin 1994
Réponse 1	Le père : 0 La mère : 41 Les deux parents : 9	0 41 5

Question 2 **Âge du répondant? (Ici, âge de la mère si les deux parents répondent)**

	Groupe expérimental 1998	Groupe témoin 1994
Réponse 2	19 ans et moins : 2 20-24 ans : 16 25-30 ans : 15 30 ans et plus : 17	Non disponible

Question 3 **Type de famille**

	Groupe expérimental 1998	Groupe témoin 1994
Réponse 3	Monoparentale : 11 Biparentale : 30 Reconstituée : 9	Non disponible

Question 4 **Type de résidence?**

	Groupe expérimental 1998	Groupe témoin 1994
Réponse 4	Unifamiliale : 28 Maison mobile : 2 Immeuble à logements : 20	25 5 16

Question 5 **Nombre de familles ayant :**

	GROUPE expérimental 1998	Groupe témoin 1994
Réponse 5	Un enfant : 28 Deux enfants : 16 Trois enfants : 5 Quatre enfants : 1	27 16 3 0

5.1.2 Évaluation des modifications sécuritaires apportées aux domiciles

Nous avons évalué le pourcentage des modifications sécuritaires réalisées aux domiciles visités au sein des deux groupes, soit celui qui recevait la trousse (en 1998), et celui dit témoin qui n'en avait pas reçu (en 1994). Les résultats ont été séparés selon les questions relatives aux éléments qui étaient fournis ou non dans la trousse. Ces résultats sont présentés aux tableaux 2 et 3.

Â Résultats concernant les questions relatives à des éléments fournis dans la trousse
Comme on peut le constater dans le tableau 2, la très grande majorité des éléments fournis par la trousse ont engendré les modifications sécuritaires souhaitées, i.e. dans 139 cas sur 180 (77 %). Un seul semble avoir donné des résultats mitigés et c'est l'utilisation des coins de table en caoutchouc. Cet élément de la trousse aura été le moins populaire des items observés (8 applications sur 16 cas où la situation le nécessitait). Cette question, il est bon de le rappeler, n'avait pas été posée au groupe témoin en 1994 et les résultats sur le recours d'alors à ce moyen ne sont évidemment pas disponibles. C'est ainsi que pour les sept questions communes, on a pu observer que 80 % (131/164) des modifications sécuritaires ont été apportées chez le groupe expérimental, par opposition à seulement 43 % (64/149) chez le groupe témoin, pour un RR de 1,86 (1,52 – 2,27).

Quant aux questions prises individuellement, elles peuvent être intéressantes à regarder, mais le petit nombre de réponses obtenues à chacune rend leur comparaison plus difficile. Par exemple, à la question # 8, une seule famille sur 50 du groupe expérimental avait des médicaments à la portée des enfants lors de la première visite (et la modification sécuritaire fut apportée subséquentement). Il apparaît aussi bon de souligner que les questions # 18 et # 20 ont été incluses dans la section «éléments fournis par la trousse» puisqu'un certain nombre de familles qui ont apporté les modifications sécuritaires l'ont fait en se servant de loquets fournis par la trousse.

Â Résultats concernant les questions relatives à des éléments non fournis dans la trousse
Comme il est possible de le constater dans le tableau 3, le pourcentage de modifications sécuritaires apportées aux domiciles s'est accru et ce, même pour les mesures préventives non fournies par la trousse, i.e. 29 % vs 11 % pour le groupe témoin, pour un RR de 2,55 (1,64-3,96). Bien que, encore une fois, le nombre de modifications apportées soit peu élevé pour chacune des questions, on remarque que les trois mesures qui semblent avoir été significativement mieux appliquées sont le rangement de produits de toilette (question # 19) et des aliments (question # 27), de même que l'achat de sirop d'ipéca (question # 23).

Pour ce qui est des mesures qui sont très peu appliquées dans les deux groupes, elles sont nombreuses et ne nécessiteraient pas toutes des déboursés. Pour une, l'ajustement du chauffe-eau démontre des résultats extrêmement décevants (1 sur 38 pour le groupe expérimental vs 0/22 pour le groupe témoin).

TABEAU 2 ÉVALUATION DES DOMICILES :
QUESTIONS RELATIVES À DES ÉLÉMENTS FOURNIS DANS LA TROUSSE

Questions :	Pourcentage des modifications apportées	
	Groupe expérimental 1998	Groupe témoin 1994
9. Y a-t-il un tapis antidérapant ou des bandes antidérapantes installées dans le fond du bain?	25 / 37 = 68 %	7 / 22 = 32 %
12. Combien y a-t-il de détecteurs de fumée fonctionnels et installés de façon appropriée? (donnée retenue : combien sont passés de 0 à 1)	12 / 14 = 86 %	2 / 6 = 33 %
15. Utilisez-vous des couvre-prises électriques?	21 / 25 = 84 %	13 / 23 = 57 %
18. Les médicaments tels l'acétaminophène, les sirops, les tranquillisants ou autres prescriptions de même que l'alcool à friction, le peroxyde, etc. sont-ils rangés dans un endroit inaccessible ou verrouillé ?	1 / 1 = 100 %	5 / 13 = 38%
20. Les produits utilisés pour le nettoyage tels le détergent à vaisselle, l'eau de javel, le nettoyant pour le four, etc. sont-ils rangés dans un endroit inaccessible ou verrouillé ?	14 / 20 = 70 %	11 / 38 = 29%
22. Le numéro de téléphone du Centre Anti-Poison du Québec est-il inscrit à un endroit facilement repérable?	31 / 32 = 97%	15 / 29 = 52 %
28. Les cordons et les chaînes des stores et des rideaux sont-ils à la portée des enfants?	27 / 35 = 77 %	11 / 18 = 61 %
31. Les coins pointus des tables sont-ils recouverts d'une protection?	8 / 16 = 50%	Non disponible Question ajoutée en 1998, non posée en 1995
Total	139/180 = 77 %	64/149 = 43%
Total excluant la question 31	131/164 = 80 %	64/149 = 43 %
R.R. : 1,86 (1,52 – 2,27)		

* Numérateur : Nombre de familles où une modification sécuritaire a été apportée et constatée lors de la deuxième visite.

* Dénominateur : Nombre de familles où une situation à corriger a été constatée lors de la première visite.

TABLEAU 3 ÉVALUATION DES DOMICILES :
QUESTIONS RELATIVES À DES ÉLÉMENTS NON FOURNIS DANS LA TROUSSE

Questions :	Pourcentage des modifications apportées	
	Groupe expérimental 1998	Groupe témoin 1994
6. Y a-t-il des barrières sécuritaires dans le haut ou le bas des escaliers?	5 / 11 = 45 %	3 / 6 = 50 %
7. Y a-t-il une marchette dans la maison et est-elle utilisée?	1 / 4 = 25 %	0 / 13 = 0 %
8. Les tapis (carpettes, etc.) de la maison sont-ils bien fixés?	6 / 17 = 35 %	4 / 9 = 44 %
10. La chaise haute est-elle sécuritaire?	4 / 6 = 67 %	0 / 1 = 0 %
11. Y a-t-il dans l'environnement des fils qui risquent de causer des chutes?	2 / 2 = 100 %	0 / 0 n.s.p.
13. Y a-t-il un extincteur fonctionnel et facilement accessible?	1 / 19 = 5%	4 / 23 = 17 %
14. Les allumettes et les briquets sont-ils gardés hors de la portée des enfants?	0 / 0 n.s.p.	0 / 0 n.s.p.
17. La température de l'eau a-t-elle été ajustée de façon à ne pas ébouillanter le jeune enfant?	1 / 38 = 3 %	0 / 22 = 0
19. Les produits de beauté tels l'huile de bain, le shampooing, la lotion après rasage, etc. sont-ils rangés dans un endroit inaccessible ou verrouillé	8 / 10 = 80 %	4 / 20 = 20 %
21. Les produits d'entretien tels l'herbicide, l'insecticide, les boules à mites, l'alcool de bois, le kérosène, etc. entreposés dans la maison, la remise ou le garage sont-ils rangés dans un endroit inaccessible ou verrouillé	1 / 2 = 50 %	0 / 2 = 0 %
23. Y a-t-il à la maison du sirop d'ipéca en cas d'empoisonnement? **	12 / 49 = 24 %	3 / 45 = 7 %
24. La couchette utilisée est-elle sécuritaire?	2 / 3 = 67 %	0 / 0 n.s.p.
25. Le parc est-il sécuritaire?	1 / 3 = 33 %	0 / 1 = 0 %

* Numérateur : Nombre de familles où une modification sécuritaire a été apportée et constatée lors de la deuxième visite.

* Dénominateur : Nombre de familles où une situation à corriger a été constatée lors de la première visite.

** Sirop d'ipéca et veilleuse: Une bouteille de sirop d'ipéca et une veilleuse de type «œil magique» étaient données en cadeau uniquement lors de la deuxième visite afin de vérifier le nombre de familles qui voudraient s'en procurer après une recommandation initiale. C'est pourquoi nous incluons ces questions dans les éléments non fournis dans la trousse.

TABLEAU 3 ÉVALUATION DES DOMICILES :
QUESTIONS RELATIVES À DES ÉLÉMENTS NON FOURNIS DANS LA TROUSSE (suite)

Questions :	Pourcentage des modifications apportées	
	Groupe expérimental 1998	Groupe témoin 1994
26. Il peut y avoir dans l'entourage de l'enfant de petits objets dangereux avec lesquels il pourrait s'étouffer : trombones, épingles, monnaie, bouchons, mégots, attaches pour sac de pain, etc. Sont-ils habituellement rangés dans un endroit sécuritaire?	0/0 n.s.p.	2/6 = 33 %
27. Les aliments qui peuvent constituer un risque d'asphyxie comme la farine, les pâtes, etc. sont-ils rangés dans un endroit sécuritaire?	7/7 = 100 %	2/6 = 33 %
29. Votre enfant fait-il de la bicyclette avec son casque protecteur	1/4 = 25 %	1/14 7 %
30. Utilisez-vous une veilleuse dans la maison la nuit ? **	4/9 = 44 %	0/10 = 0 %
31. Votre arme à feu est-elle rangée à un endroit verrouillé et inaccessible?	1/9 = 11 %	0/13 = 0 %
32. Les munitions sont elles rangées à un endroit verrouillé et inaccessible?	1/9 = 11 %	0/13 = 0 %
TOTAL	58/202 = 29 %	23/204 = 11 %

RR = 2,55 (1,64 – 3,96)

- * Numérateur : Nombre de familles où une modification sécuritaire a été apportée et constatée lors de la deuxième visite.
- * Dénominateur : Nombre de familles où une situation à corriger a été constatée lors de la première visite.
- ** Sirop d'ipéca et veilleuse : Une bouteille de sirop d'ipéca et une veilleuse de type «œil magique» étaient données en cadeau uniquement lors de la deuxième visite afin de vérifier le nombre de familles qui voudraient s'en procurer après une recommandation initiale. C'est pourquoi nous incluons ces questions dans les éléments non fournis dans la trousse.

5.1.3 La répartition des résultats obtenus auprès du groupe expérimental, selon les caractéristiques des participants

Nous avons cherché à mettre en évidence des différences dans l'application des mesures préventives par les participants du groupe expérimental et ce, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (nous ne disposons plus des questionnaires remplis en 1994 pour pouvoir se prêter à ce type d'analyse pour le groupe témoin).

Trois caractéristiques ont été retenues, i.e. l'âge de la mère, le type de famille et le type de résidence. Les résultats sont présentés aux tableaux 4, 5, 6.

Tel qu'il est possible de le constater, aucune différence quant à l'observance envers les mesures sécuritaires n'est relevée selon l'âge de la mère et le type de famille et ce, tant pour les questions relatives aux éléments fournis ou non dans la trousse.

Seule une faible différence (non statistiquement significative) est notée quant au type de résidence. Les participants habitant des immeubles à logement ont davantage appliqué les éléments de la trousse que ceux habitant en résidences unifamiliales (83 % vs 74 %). Mais, ils ont néanmoins été moins observants quant aux moyens non fournis dans la trousse (24 % vs 31 %).

5.1.4 La satisfaction des participants

La dernière question posée aux familles du groupe expérimental se formulait ainsi : «Si c'était à refaire, accepteriez-vous de participer à cette étude, et pourquoi?

À cette première question, 100 % des participants ont répondu oui. Pour ce qui est de la raison évoquée, nous avons obtenu évidemment de nombreuses réponses qui, dans la quasi-totalité, gravitaient autour de la même notion : les familles appréciaient recevoir de l'information utile sur la sécurité des domiciles et des accessoires gratuits.

Il est important de préciser que cette question sur la satisfaction a été ajoutée au questionnaire par le groupe expérimental. Elle n'avait pas été posée systématiquement au groupe témoin en 1994, mais certaines familles avaient néanmoins manifesté leur insatisfaction relative à l'époque. Plusieurs familles avaient dit ne pas être emballées d'avoir à répondre à de nombreuses questions qui donnaient l'impression de ressembler à une inspection. L'intervenante avait alors noté que ce volet revêtait un certain aspect menaçant particulièrement chez les familles n'ayant que peu modifié leur domicile conformément aux recommandations.

TABLEAU 4-A ÉVALUATION DES DOMICILES :
QUESTIONS RELATIVES À DES ÉLÉMENTS FOURNIS DANS LA TROUSSE

Groupe expérimental

Résultats selon l'âge de la mère	% des modifications apportées
24 ans et moins (n = 18)	51 / 66 = 77 %
25-30 ans (n = 15)	47 / 60 = 78 %
plus de 30 ans (n=17)	41 / 54 = 76 %

TABLEAU 4-B ÉVALUATION DES DOMICILES :
QUESTIONS RELATIVES À DES ÉLÉMENTS NON FOURNIS DANS LA TROUSSE

Groupe expérimental

Résultats selon l'âge de la mère	% des modifications apportées
24 ans et moins (n = 18)	21 / 71 = 30 %
25-30 ans (n = 15)	15 / 53 = 28 %
plus de 30 ans (n=17)	22 / 78 = 28 %

* Les données relatives au groupe témoin ne sont pas disponibles pour ces sous-groupes.

* Numérateur : Nombre de familles où une modification sécuritaire a été apportée et constatée lors de la deuxième visite.

* Dénominateur : Nombre de familles où une situation à corriger a été constatée lors de la première visite.

TABLEAU 5-A ÉVALUATION DES DOMICILES :
QUESTIONS RELATIVES À DES ÉLÉMENTS FOURNIS DANS LA TROUSSE

Groupe expérimental

Résultats selon le type de famille	% des modifications apportées
Familles biparentales incluant reconstituées (n = 39)	112 / 145 = 77 %
Familles monoparentales (n =11)	27 / 35 = 77 %

TABLEAU 5-B ÉVALUATION DES DOMICILES :
QUESTIONS RELATIVES À DES ÉLÉMENTS NON FOURNIS DANS LA TROUSSE

Groupe expérimental

Résultats selon le type de famille	% des modifications apportées
Familles biparentales incluant reconstituées (n = 39)	46 / 159 = 29 %
Familles monoparentales (n =11)	12 / 43 = 28 %

* Les données relatives au groupe témoin ne sont pas disponibles pour ces sous-groupes.

* Numérateur : Nombre de familles où une modification sécuritaire a été apportée et constatée lors de la deuxième visite.

* Dénominateur : Nombre de familles où une situation à corriger a été constatée lors de la première visite.

TABLEAU 6-A ÉVALUATION DES DOMICILES :
DONNÉES RELATIVES À DES ÉLÉMENTS FOURNIS DANS LA TROUSSE

Groupe expérimental

Résultats selon le type de résidence	% des modifications apportées
Résidences unifamiliales Incluant maisons mobiles (n = 30)	86 / 116 = 74 %
Immeubles à logements (n =20)	53 / 64 = 83 %
	RR = 0,90 (0,77 – 1,05)

TABLEAU 6-B ÉVALUATION DES DOMICILES :
DONNÉES RELATIVES À DES ÉLÉMENTS NON FOURNIS DANS LA TROUSSE

Groupe expérimental

Résultats selon le type de résidence	% des modifications apportées
Résidences unifamiliales Incluant maisons mobiles (n = 30)	39 / 124 = 31 %
Immeubles à logements (n =20)	19 / 78 = 24 %
	RR = 1,29 (0,81-2,06)

* Les données relatives au groupe témoin ne sont pas disponibles selon ces sous-groupes.

* Numérateur : Nombre de familles où une modification sécuritaire a été apportée et constatée lors de la deuxième visite.

* Dénominateur : Nombre de familles où une situation à corriger a été constatée lors de la première visite.

5.2 Résultats du focus group

5.2.1 Utilité de la trousse

Nous avons amorcé la séance en abordant le thème de l'utilité de la trousse telle que ressentie par les intervenantes. Nous désirions savoir si le nouvel outil pouvait leur être utile dans leur travail et de quelle façon.

Les participantes ont rapidement utilisé et adopté le terme « porte d'entrée » pour parler de la trousse. Celle-ci est d'emblée perçue de façon positive puisqu'elle permet d'aborder la notion de sécurité des domiciles avec quelque chose de concret, qui peut non seulement être vu par les familles, mais aussi manipulé.

Plusieurs intervenantes soulignent que la trousse leur est fort utile non seulement pour la clientèle visée par l'intervention, mais aussi pour un grand nombre de familles qui sont non admissibles, mais qui reçoivent des services au CLSC. L'exemple le plus souvent mentionné est l'utilisation de la trousse lors des cliniques de vaccination. La trousse sert alors d'illustration concrète de ce que peuvent se procurer toutes les jeunes familles pour améliorer la sécurité de leur domicile. C'est dans cette optique que certaines intervenantes suggèrent de distribuer la trousse aux agences de garde ou aux maisons de la famille de notre région. Elles souhaitent voir la trousse produire un « effet multiplicateur », terme qui fut relevé à plusieurs reprises.

Pour ce qui est de l'utilité de la trousse pour le type de clientèle visée par l'intervention, les intervenantes adoptent spontanément une classification distinguant deux types de familles : les familles négligentes et les familles de faible niveau socioéconomique, mais non négligentes. Aucun critère formel n'est utilisé pour départager ces deux groupes, autre que l'expérience des intervenantes.

La trousse ne serait pas aussi facilement utilisable dans le sous-groupe des familles dites négligentes. La tâche serait un peu alourdie par le fait que les intervenantes se sentent obligées d'installer elles-mêmes les différents éléments offerts, puisqu'elles émettent de sérieux doutes sur la volonté ou la capacité de ces familles à le faire. Une participante évoque le terme de « pauvreté culturelle » qui expliquerait selon elle que, par elles-mêmes, certaines familles ne sauraient tout simplement pas quoi faire avec les différents items de la trousse même si on leur laisse les instructions. Une autre souligne que les mères adolescentes ont quant à elles souvent une réticence à l'endroit de tout type d'intervention de nature institutionnelle et que l'utilisation de la trousse nécessite des efforts de persuasion supplémentaire.

Quant aux différents éléments de la trousse, nous désirions savoir lesquels étaient jugés les plus utiles et lesquels l'étaient moins. Un consensus semble se faire autour du détecteur de fumée

qui serait très peu présent (et fonctionnel) dans les domiciles visités. Les autres éléments appréciés sont le sirop d'ipéca et le numéro de téléphone du centre anti-poison, les loquets pour armoires et les couvre-poignées de porte, les couvre-prises électriques et enfin la veilleuse de type « œil magique ». Les loquets, couvre-prises et couvre-portes sont jugés utiles jusqu'à l'âge de deux ans, deux ans et demi alors que le détecteur de fumée et le numéro du centre antipoison sont vus comme étant utiles même à long terme.

Les éléments non appréciés et jugés inutiles sont tous des morceaux inclus dans l'ensemble de 71 items de la compagnie Safety First. Tout ce qui est appelé à être collé avec des bandes adhésives ou du velcro (comme le loquet pour le four ou le réfrigérateur) sont trop fragiles et font « bébelles ».

Pour ce qui est des effets complémentaires, plusieurs participantes évoquent le fait que cette intervention permet de promouvoir les services du CLSC : « ça passe bien » dira l'une d'elles. De plus, même pour ces intervenantes, la trousse a été une occasion d'apprendre ou de remettre à jour certaines connaissances et cela d'une façon intéressante.

5.2.2 Conséquences négatives liées à l'utilisation de la trousse

Les conséquences négatives relevées sont principalement de deux ordres et ont été brièvement abordées dans la section précédente concernant les limites quant à l'utilité de la trousse.

Le principal irritant concerne certains éléments inclus dans l'ensemble de la compagnie Safety First. Certains items sont perçus par plusieurs comme étant des « bébelles » inutiles qui ne résistent pas à l'utilisation normale, ou qui sont très difficiles à installer. « On a l'air fou quand ça lâche » souligne l'une d'elles. Il existe dans ces situations une crainte que certains éléments discréditent l'ensemble de l'intervention.

L'autre volet perçu négativement est l'alourdissement de la tâche auprès de certaines familles qui s'attendent à ce que l'intervenante installe tout elle-même. Mais les participantes admettent que c'est très souvent indispensable parce que la trousse serait inutilisée sinon, ou pire souligne deux d'entre elles, certaines familles y verraient même un potentiel de revente immédiate...

Pour terminer, l'intervention est dans une certaine mesure victime de son succès puisque chaque CLSC évoque qu'ils ont reçu de nombreuses demandes de familles les désirant (qui en avaient entendu parler soit dans les médias, soit par du bouche à oreille, soit lors des démonstrations faites au CLSC). La situation de devoir en refuser à plusieurs fait qu'un plus grand nombre de trousse serait souhaité.

5.2.3 Intérêt et réceptivité des familles visées

Nous désirions connaître l'appréciation des familles recevant la trousse de sécurité par le biais des intervenantes. Les résultats obtenus sont intimement liés aux perceptions de ces dernières et il n'est donc pas étonnant de voir que les réponses enregistrées sont presque en tous points identiques à celles présentées précédemment dans la section « Utilité de la trousse ».

Ainsi, il est très largement exprimé que les familles visées par l'intervention en sont satisfaites. Elles acceptent d'autant plus aisément la trousse qu'il s'agit d'un produit concret, manipulable et distribué gratuitement.

Utilisant toujours la classification séparant la clientèle visée en deux sous-groupes (familles dites négligentes et familles de faible niveau socioéconomique, mais non négligentes), les intervenantes soulèvent que la trousse est aussi bien reçue dans chacun des deux sous-groupes mais que les familles dites négligentes la trouvent plus difficile à utiliser et nécessitent plus d'aide.

Les principaux griefs exprimés par les familles concernent les items qui cèdent facilement (comme les bandes adhésives et le velcro) ou les éléments difficiles à installer (ex. : le loquet pour les fenêtres).

Lorsque présentée, la trousse permettrait à plusieurs familles de découvrir et de prendre conscience que certains moyens simples sont disponibles pour améliorer la sécurité de leur domicile. Aucune des participantes n'avait cependant eu de demandes concrètes à ce sujet avant que nous introduisions l'outil. Si la trousse semble constituer un besoin ressenti par les familles, il n'était que peu ou pas exprimé auparavant.

5.2.4 Modifications suggérées et impressions sur la nécessité de rendre cette intervention permanente

Nous avons premièrement abordé le sujet de la séance de présentation-formation qui avait permis aux intervenantes de se familiariser avec l'outil. La durée d'environ 90 minutes a été jugée très appropriée, mais la salle de réunion utilisée ne permettait pas de « tester » chacun des items contenus dans la trousse. Une meilleure manipulation et de plus amples explications du présentateur auraient permis de repérer plus facilement les éléments de l'ensemble de 71 morceaux qui sont davantage des irritants que des moyens utiles.

Il a été proposé que les gens qui ont la responsabilité de monter les troussees enlèvent systématiquement tous les éléments jugés fragiles ou inutiles. Les autres éléments de la trousse qui ont été ajoutés en sus de l'ensemble de 71 morceaux de la compagnie Safety First sont tous jugés nécessaires et à conserver.

Les participantes ont toutes signifié qu'elles souhaitent voir continuer cette intervention et avoir davantage de troussees si possible. Elles souhaitent aussi voir l'outil diffusé plus largement auprès des partenaires du réseau comme par exemple les agences de garde, les maisons de la famille, les groupes de rencontre de type YAPP (Y'a personne de parfait), des intervenantes œuvrant en stimulation précoce, etc. Cela, disent-elles, afin de créer un effet multiplicateur car plusieurs familles auraient la possibilité de se doter de moyens simples de prévention, mais à condition de voir les outils nécessaires.

Finalement, les participantes déplorent le manque de recul qu'elles ont par rapport au suivi à long terme de l'outil. L'évaluation en focus group n'a eu lieu que deux mois après la distribution des troussees et elles souhaiteraient répéter l'expérience dans un an. Certaines d'entre elles soulignent qu'elles sont à la fois heureuses et surprises que l'on sollicite « l'opinion de la base » pour ce petit volet de travail où, alors qu'elles consacrent bien davantage d'efforts à d'autres sujets où on ne semble pas tenir compte de leur opinion.

6. DISCUSSION

Bien que la réduction de l'incidence des traumatismes survenant à domicile à des jeunes enfants soit difficile à réaliser et à mesurer, plusieurs auteurs ont néanmoins mis en évidence que la distribution de moyens sécuritaires de prévention est une approche qui donne des résultats encourageants^{1,7,8,12,14}. La présente étude permet d'abonder dans le même sens puisque nous avons constaté une adhésion élevée aux recommandations sécuritaires relatives aux éléments de la trousse, soit 77 %. Cette observance est en fait près de deux fois plus élevée pour ces éléments spécifiques que si on ne fournit que du counselling comme cela avait été le cas avec notre groupe témoin, i.e. en fait dans 80 vs 43 % pour les sept questions identiques, soit un rapport de 1,86 (1,52 – 2,27).

Un autre résultat positif (quoiqu'un peu étonnant) obtenu dans l'étude est l'adhésion significativement plus élevée [2,55 (1,64 – 3,96)] aux recommandations sécuritaires relatives à des éléments non fournis par la trousse. Bien qu'il s'agissait de la même intervenante pour les deux groupes, on peut se demander si celle-ci n'a pas été plus convaincante avec le groupe expérimental en 1998 qu'elle ne l'avait été en 1994 avec le groupe témoin. Il reste néanmoins plausible d'émettre l'hypothèse que le fait de donner certains moyens de prévention constitue un élément de motivation pour les familles de s'en procurer d'autres et de prendre davantage conscience de l'importance à accorder à la sécurité des domiciles.

Les résultats obtenus en fonction des caractéristiques sociodémographiques disponibles auprès du groupe expérimental n'ont par ailleurs pas démontré de tendance particulière. En dépit des faibles effectifs dont nous disposions, il aurait été possible de supposer par exemple que les familles monoparentales, ou celles dont la mère est plus jeune, auraient moins bien implanté les modifications sécuritaires recommandées. Ce ne fut pas le cas, puisque aucune différence n'est relevée dans les résultats selon le type de famille ou selon l'âge de la mère. Il est à noter que nous n'avions que deux familles où la mère était âgée de 19 ans et moins et que nous avons donc dû les inclure dans le groupe plus large des 24 ans et moins pour obtenir des effectifs suffisants pour procéder à des comparaisons. Notons aussi que les familles habitant des immeubles à logement ont davantage implanté les recommandations relatives aux éléments de la trousse, mais moins celles relatives aux éléments non fournis. Ces différences étaient toutefois non significatives. Enfin, seulement deux familles ont refusé de participer à l'étude (du moins pour le groupe expérimental, données non disponibles pour le groupe témoin). Aucune particularité ne se dégage de ces deux refus.

Plusieurs facteurs sont toutefois susceptibles d'affecter les résultats obtenus par l'étude. La composition des groupes tant expérimental que témoin est évidemment le premier facteur à observer de plus près. Dans l'étude, toutes les familles ont été ciblées par les équipes d'intervenantes de CLSC œuvrant auprès des familles dites « à risque » en périnatalité. Ces infirmières utilisent généralement, entre autres, la scolarité de la mère pour cibler efficacement les besoins, en plus, bien sûr, de d'autres critères pouvant être davantage subjectifs. Il aurait été intéressant d'inclure dans nos questions d'ordre sociodémographique une question sur la scolarité de la mère, critère proposé par le type Naître égaux – Grandir en santé²⁵. La conception d'une future grille devrait, à notre avis, pouvoir inclure ce type d'information.

L'utilisation des mêmes critères de sélection par des infirmières (sensiblement les mêmes d'ailleurs) pour déterminer les deux groupes, de même qu'une répartition assez semblable selon le type de résidence (voir tableau 1), nous porte à croire que les deux groupes étaient assez similaires, impression d'ailleurs partagée par l'intervenante ayant effectué l'ensemble des visites à domicile. Nous croyons de plus que ces familles sont assez représentatives de l'ensemble des familles admissibles pour recevoir la trousse, puisqu'il est plausible que les jeunes familles de faible niveau socio-économique de Rimouski et Mont-Joli soient assez semblables à celles de Matane, Rivière-du-Loup, La Pocatière ou Trois-Pistoles, par exemple. Les CLSC situés dans ces villes utilisent d'ailleurs sensiblement les mêmes critères pour définir leurs familles « à risque ».

Un élément qui peut susciter des interrogations est bien sûr l'utilisation d'un groupe témoin vu en 1994, i.e. quatre ans avant l'évaluation du groupe expérimental. Son recours a évidemment été dicté par des considérations pratiques, puisque la visite de 46 familles à deux reprises nécessite beaucoup de temps et d'argent que nous avons cru bon de pouvoir réutiliser pour les fins de la présente étude. Mais rappelons-le, ce groupe a reçu la visite de la même intervenante que le groupe expérimental et a répondu aux mêmes questions (au fait, à même davantage, mais dont plusieurs n'ont pas été retenues, puisque jugées moins pertinentes).

Il demeure évidemment la question d'un possible biais de maturation ayant pu affecter le groupe expérimental vu quatre ans plus tard. Mais, aucune campagne majeure ni intervention marquante n'ont eu lieu sur notre territoire sur la prévention des traumatismes qui expliqueraient une adhésion empressée en 1998 aux recommandations sur la sécurité. En fait, nous croyons que la durée de quatre ans entre l'observation des deux groupes a eu un effet négligeable sur les résultats.

Ce qui, par contre, n'est pas nécessairement le cas du contexte dans lequel s'est tenue notre évaluation. Il ne fait que peu de doutes dans notre esprit que les excellents résultats quant à l'application des mesures sont en partie attribuables au fait que les familles savent qu'elles seront éventuellement revisitées pour une deuxième observation. Mais cette situation s'appliquait également au groupe témoin et ils n'ont pourtant implanté que 27 % de l'ensemble des recommandations faites! C'est pourquoi nous croyons essentiel que dans les interventions futures, nous tenions compte des recommandations issues des études américaines déjà mentionnées précédemment⁷: que les trousseaux soient distribués à des familles qui bénéficient d'un suivi continu et qu'elles soient aidées par les intervenantes à installer les dispositifs de sécurité (contrairement à notre étude où il est crucial de rappeler que la technicienne de recherche avait la consigne de ne pas installer elle-même les dispositifs distribués).

Comme nous le mentionnions dans la section «méthodologie», il n'est pas aisé de mettre en évidence l'efficacité des mesures visant la réduction de l'incidence des traumatismes, à moins notamment, de disposer de grands groupes à observer sur de longues périodes selon des devis extrêmement rigoureux. Notre approche utilisant l'observation de modifications environnementales utilise évidemment une mesure indirecte du phénomène. Qui plus est, l'unité de mesure (le pourcentage de modifications sécuritaires apportées à partir d'une situation évaluée lors d'une première visite) laisse place à une certaine dose de subjectivité de la part de l'intervenante procédant à l'évaluation des domiciles. Il n'y a pas eu, heureusement, plusieurs intervenantes différentes procédant à l'évaluation des domiciles, mais nous savons que certaines questions de la grille laissaient place à une interprétation en dépit des critères préétablis pour l'évaluation. De plus, certaines questions se révèlent après coup peu discriminantes (il n'y avait comme par hasard jamais d'allumettes ou de briquets à la traîne dès la première visite effectuée, évidemment faite après une prise de rendez-vous préalable) ou d'autres peu pertinentes parce que difficiles à évaluer (par exemple : votre enfant porte-t-il un casque protecteur lorsqu'il fait de la bicyclette?). Mais, heureusement, le poids des résultats obtenus à ces questions est minime par rapport au total des observations effectuées.

Quant à la satisfaction de la clientèle, nos deux sources d'information nous révèlent des résultats fort positifs. Il s'agit d'abord du questionnaire rempli à domicile où 100 % des participants ont déclaré qu'ils participeraient à nouveau à une telle intervention, principalement en raison de la pertinence des informations obtenues, et, bien sûr, grâce aux éléments distribués gratuitement et jugés utiles.

L'autre source d'information fut la séance de focus group impliquant les infirmières participant à la distribution des trousseaux aux familles non évaluées systématiquement à l'aide de la grille et qui a permis de corroborer l'impression favorable des familles. Le focus group a aussi permis de

cibler un des effets les plus positifs de l'intervention, soit l'appréciation des infirmières en périnatalité.

Il faut bien comprendre que la mission première de ces infirmières pendant les périodes néonatale et postnéonatale n'est pas la prévention des accidents. Visitant surtout des familles dites «à risque», les intervenantes sont confrontées à suffisamment de besoins qu'il devient facile, selon leurs propres dires, de ne pas aborder le sujet si elles ne disposent pas d'un minimum d'outils pour se sentir plus à l'aise avec la problématique. Plusieurs interventions misent d'ailleurs sur la distribution de différentes brochures, mais il est assez bien recensé que ces moyens sont davantage susceptibles d'intéresser et de toucher les parents socio-économiquement plus aisés²⁸, et que leur utilisation a un effet très limité⁸.

C'est pourquoi nous croyons qu'un des résultats les plus probants de l'étude est l'adhésion des intervenantes «du terrain» qui permet de systématiser l'inclusion de la prévention des traumatismes lors des visites à domicile, et ce, dans une formule qui plaît également aux parents. Bien sûr, des intervenantes peuvent y voir un certain alourdissement de leur tâche, particulièrement lorsqu'elles doivent installer elles-mêmes les dispositifs de sécurité, mais elles nous donnent aussi une rétroaction encore plus juste sur les modifications à apporter à la trousse pour la rendre encore moins rébarbative.

Enfin, il faut resouligner le potentiel d'effet multiplicateur qu'offre la composition d'une trousse de prévention des traumatismes. Nos intervenantes ont maintes fois mentionné que l'outil leur était également utile auprès des familles qui n'étaient pas ciblées par la distribution gratuite (parce que non incluses selon les critères socio-économiques), mais qui étaient en contact avec certaines activités organisées par le CLSC (par exemple lors des cliniques de vaccination, de cours prénataux, ou lors d'animation de groupes de type Y'a Personne de Parfait). L'utilisation de trousse servant de «démonstrateur» permet d'optimiser l'utilisation de l'outil à des fins de réduction de l'incidence des traumatismes dans l'ensemble des familles de la région.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Notre étude a permis d'évaluer l'adhésion de familles ayant de jeunes enfants à des recommandations portant sur l'amélioration de la sécurité de leur domicile. Il a été observé que les mesures préventives reliées aux éléments de la trousse distribuée avaient été très largement implantées par les familles rejointes et que la trousse pourrait avoir eu un effet d'entraînement concernant des mesures n'ayant fait l'objet que de counselling.

L'intervention a aussi été très bien acceptée par les familles ciblées, de même que par les intervenantes ayant à y participer. Tant les familles que les intervenantes ont aussi manifesté leurs suggestions quant à des modifications à apporter à la trousse.

Nous considérons donc, à la lumière de ces résultats, que les visites à domicile faites en période postnatale constituent une occasion privilégiée pour favoriser la prévention des traumatismes et que l'utilisation d'une trousse distribuant gratuitement des dispositifs de prévention entraîne des résultats nettement plus encourageants que le recours à du simple counselling. C'est pourquoi nous nous permettons d'effectuer les recommandations suivantes à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent .

Recommandations à la RRSSS du Bas-Saint-Laurent

À la lumière de l'étude réalisée, nous recommandons :

1. De continuer l'intervention visant la prévention des traumatismes chez les enfants par le biais de l'utilisation de trousse.
2. De les modifier légèrement dans le sens des recommandations émises par les intervenantes de CLSC, c'est à dire de s'assurer de la présence de : détecteur de fumée, sirop d'ipéca et numéro de téléphone du Centre Antipoison, loquets, couvre-prises et poignées, et œil magique. Éliminer les loquets de type velcro et changer les bandes adhésives pour le bain par un tapis antidérapant.
3. De fournir des trousse à un minimum de 20 % des nouvelles naissances survenant chaque année dans notre région, pour un total de près de 400 trousse par an. Ce critère peut sembler subjectif, mais il est conforme aux écrits sur la fréquence des traumatismes chez les jeunes enfants qui montrent que ceux-ci sont plus fréquents dans les milieux socioéconomiquement défavorisés et qu'ils sont les plus élevés dans le 5^e quintile²³ de revenu familial.

4. De favoriser l'approche des visites à domicile comme moyen privilégié d'implantation de l'intervention et d'insister sur l'importance de s'assurer la collaboration des équipes de CLSC œuvrant auprès des jeunes familles. Leur coopération et la rétroaction d'information qu'elles peuvent nous donner sont précieuses et incontournables pour s'assurer du suivi de l'intervention. Des ressources minimales doivent donc être régulièrement disponibles pour s'assurer de continuer la formation des équipes et la tenue d'évaluations (de type focus group par exemple).
5. De favoriser, à l'instar de certains programmes américains ayant ciblé des facteurs de réussite, que les trousse continuent à être distribuées gratuitement aux familles qui sont suivies régulièrement après la remise des moyens préventifs. Nous favorisons également que ces dispositifs soient installés par les intervenantes, et ce, dans la mesure du possible.
6. De doter les équipes de CLSC œuvrant auprès des jeunes familles de trousse de type «démonstrateur» afin de favoriser l'utilisation optimale de l'outil. Les trousse peuvent avoir un effet multiplicateur si elles sont disponibles pour la formation des familles en contact avec les ressources des CLSC (lors des cliniques de vaccination par exemple) ou lors de formation aux parents dans les groupes de type YAPP (Y a personne de parfait), ou lors des cours prénataux.
7. De faire en sorte que les CLSC puissent tenir à jour un certain nombre d'items préventifs pour le maintien des interventions (comme des échantillons de sirop d'ipéca pour remplacer ceux dont la date de péremption est atteinte, piles pour détecteurs de fumée, loquets supplémentaires, etc.). Nous recommandons de maintenir des budgets suffisants au renouvellement ou au maintien d'équipements sécuritaires à mettre à la disposition des jeunes familles défavorisées, tels sièges d'auto pour enfants, barrières de sécurité, couchettes, etc.). La disponibilité de ces moyens, jumelée à la présence des trousse, favorise l'intégration systématique de la prévention des traumatismes dans la pratique quotidienne des équipes œuvrant auprès des enfants. Il est bien reconnu, tant de par la littérature que dans les évaluations faites sur le terrain, que la problématique de la prévention des traumatismes est aisément évacuée lorsque les intervenantes se sentent mal formées et mal outillées pour le faire.

Recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux

Nous recommandons également :

1. Que des précisions soient apportées sur les moyens envisagés pour atteindre l'objectif visant à rendre les logements plus sécuritaires, au sein du Programme Naître Égaux – Grandir en santé. Puisque l'implantation de ce type de programme est recommandée pour l'ensemble des CLSC du Québec dans les Priorités nationales de santé publique 1997-2002, il pourrait être approprié de définir les recours nécessaires à l'atteinte des objectifs de sécurité du milieu.
2. Que soient envisagées des approches novatrices impliquant un partenariat possible avec Hydro-Québec pour parvenir à réduire les brûlures via l'abaissement de la température des chauffe-eau. Ce partenariat devrait permettre de faciliter la présence de personnes compétentes aux domiciles des familles désirant abaisser la température de leur chauffe-eau, puisque les résultats observés suivant les recommandations d'usage dénotent un échec complet.

BIBLIOGRAPHIE

1. Groupe canadien sur l'examen médical périodique. Guide canadien de médecine clinique préventive. Ottawa : Groupe Communication Canada, 1994: 348-62, 1036.
2. Robitaille Y, Choinière R, Camirand F, Beaulne G. (Eds). Les traumatismes au Québec : leur importance sur le plan de la mortalité, de l'hospitalisation et de l'incapacité. Les traumatismes au Québec. Québec : Les publications du Québec, 1991: 19-66.
3. Choinière R, Robitaille Y. Considérations méthodologiques et profil global des décès, hospitalisations et consultations à l'urgence. Pour la sécurité des jeunes Canadiens. Santé Canada, 1997: 13-52.
4. Gallagher SS, Guyer B, et al. A strategy for the reduction of childhood injuries in Massachusetts : SCIPP. NEJM 1982; 307(16):1015-1018.
5. Dorval D. Portrait d'ensemble des blessures liées à l'environnement résidentiel. Pour la sécurité des jeunes Canadiens. Santé Canada, 1997: 76-80.
6. Rivara FP, Calonge C, Thompson RS. Population-based study of unintentional injury incidence and impact during childhood. AJPH 1989; Vol. 79(8):990-994.
7. + Morrongiello BA. Prévenir les blessures accidentelles chez les enfants, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Ottawa : Forum national sur la santé. 1998: 185-247.
8. Dowswell T, Towner EML, et al. Preventing childhood unintentional injuries : what works? A literature review. Injury Prevention 1996; 2:140-49.
9. Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. BMJ 1996;312:29-33.
10. Kitzman H, Olds DL, et al. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries and repeated childbearing : a randomized controlled trial. JAMA 1997; 278:644-52.
11. Jordan EA, Duggan AK, Hardy JB. Injuries in children of adolescent mothers : home safety education associated with decreased injury risk. Pediatrics 1993; 91:481-87.
12. Gallagher SS, Hunter P, Guyer B. A home injury prevention program for children. The Pediatric Clinics of North America, 1985, 32(1), 95-112.
13. Rivara FP, Grossman DC, Cummins P. Injury prevention. NEJM 1997; 337(8):543-48.
14. Clamp M, Kendrick D. A randomised controlled trial of general practitioner safety advice for families with children under 5 years. BMJ 1998; 316:1576-9.
15. Dershewitz RA. Will mothers use free household safety devices? Am J Dis Child 1979; 133:61-64.

16. Ferland P, Pelletier-Bourgeois C. Rapport d'évaluation de la trousse R.A.P.P.I.D. Direction de la santé publique, Régie régionale de la Mauricie-Bois-Francs, 1995, 47 pages.
17. Dion N, Dontigny A. Sécurité au domicile d'enfants de 5 mois à 5 ans, Unité de santé publique, Centre hospitalier régional de Rimouski, 1995, 20 pages.
18. Crawley T. Childhood injury : signifiacnce and prevention strategies, Journal of Pediatric Nursing 1996; vol.11(4):225-232.
19. Marsh P, Kendrick D, Williams EI. Health visitor's knowledge, attitudes and practices in childhood accident prevention. Journal of Public Health Medicine 1995; vol.17 (2):193-199.
20. Baker SP. Overview of injury mortality. The injury fact book. D.C. Health and Company, 1984: 17-27.
21. Sholer SJ, et al. Predictors of injury mortality in early childhood. Pediatrics 1997; 100:342-47.
22. Durkin MS, et al. Low income neighborhoods and the risk of severe pediatric injury : a small-area analysis in northern Manhattan. AJP 1994; 84:587-592.
23. Roberts I. Cause specific social class mortality differentials for child injury and poisoning in England and Wales. J Epidemiol Health 1997; 51:334-335.
24. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Montréal, Éditions Agence d'Arc Inc., 1991, p. 452.
25. Martin C, Boyer G, et coll. Naître égaux- Grandir en santé : Programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 1995, 213 p.
26. Dannenberg AL, Fowler CJ. Evaluation of interventions to prevent injuries : an overview. Injury prevention 1998; 4:141-47.
27. Rivara FP. Injury prevention : meeting the challenge. American Journal of Preventive Medicine, The national committee for injury prevention and control 1989, page 70.
28. Addor V, Santos-Eggiman B. Prévention des accidents chez les enfants vaudois âgés de 0 à 5 ans : implications d'une étude de population pour la pratique médicale. Revue médicale de la Suisse romande, 1995; 115:849-857.

Composition de la trousse

1. Ensemble de 71 morceaux de la compagnie Safety 1st :

Couvre-prises électriques, couvre-poignées de porte, loquets, coins de table, raccourcisseurs de fil et de cordons de stores, etc.

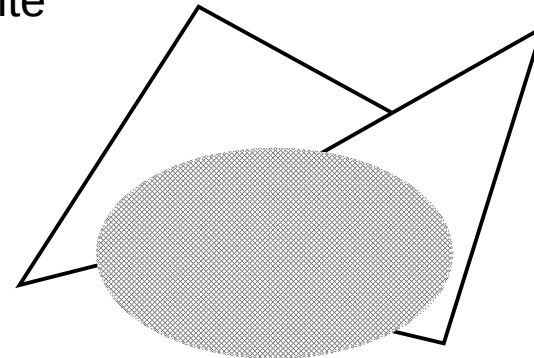
2. Éléments en sus :

Détecteur de fumée avec pile, sirop d'ipéca avec autocollant du Centre antipoison, œil magique, bandes adhésives pour le bain, dépliants.

3. Boîte de plastique

Questionnaire

Interventions en prévention des
traumatismes chez les 0-5 ans
Évaluation d'une trousse de sécurité



QUESTIONS			
1.	Qui répondra au questionnaire? 1. Père 2. Mère 3. Les deux parents		
2.	Âge du répondant : 1. 19 ans et moins 2. 20 à 24 ans 3. 25 à 30 ans 4. Plus de 30 ans		
3.	Type de famille : 1. Monoparentale 2. Biparentale 3. Reconstituée 4. Refuse de répondre		
4.	Type de résidence : 1. Unifamiliale 2. Maison mobile 3. Immeuble à logements		
5.	Nombre d'enfants entre 0 et 5 ans : _____		

QUESTIONS			
• CHUTES			
6.	Y a-t-il des barrières sécuritaires dans le haut ou le bas des escaliers? 1. Oui 2. Non		
7.	Y a-t-il une marchette dans la maison et est-elle utilisée? 1. Oui 2. Non		
8.	Les tapis (carpettes, etc.) de la maison sont-ils bien fixés? 1. Oui 2. Non 9. Ne s'applique pas		
9.	Y a-t-il un tapis antidérapant ou des bandes antidérapantes installées dans le fond du bain? 1. Oui 2. Non		
10.	La chaise haute est-elle sécuritaire? 1. Oui 2. Non 9. Ne s'applique pas		
11	Y a-t-il dans l'environnement des fils qui risquent de causer des chutes? 1. Oui 2. Non		

QUESTIONS			
• FEU ET BRÛLURES			
12.	Combien y a-t-il de détecteurs de fumée fonctionnels et installés de façon appropriée? 1. 1 détecteur 2. 2 détecteurs 3. 3 détecteurs 4. 4 détecteurs et plus 5. Aucun		
13.	Y a-t-il un extincteur fonctionnel et facilement accessible? 1. Oui 2. Non		
14.	Les allumettes et les briquets sont-ils gardés hors de la portée des enfants? 1. Oui 2. Non 9. Ne s'applique pas		
15.	Utilisez-vous des couvre-prises électriques? 1. Oui 2. Non		
16.	Est-ce que le système d'eau chaude possède un thermostat ajustable? 1. Oui 2. Non (Passer à la question 18) 3. Ne sais pas		
17.	La température de l'eau a-t-elle été ajustée de façon à ne pas ébouillanter le jeune enfant? 1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas		

QUESTIONS			
• EMPOISONNEMENT			
18.	Les médicaments tel l'acétaminophène, les sirops, les tranquillisants ou autres prescriptions de même que l'alcool à friction, le peroxyde, etc. sont-ils rangés dans un endroit : 1. Inaccessible ou verrouillé 2. Ni l'un ni l'autre		
19.	Les produits de beauté tels l'huile de bain, le shampooing, la lotion après rasage, etc. sont-ils rangés dans un endroit : 1. Inaccessible ou verrouillé 2. Ni l'un ni l'autre		
20.	Les produits utilisés pour le nettoyage tels le détergent à vaisselle, l'eau de javel, le nettoyant pour le four, etc. sont-ils rangés dans un endroit : 1. Inaccessible ou verrouillé 2. Ni l'un ni l'autre		
21.	Les produits d'entretien tels l'herbicide, l'insecticide, les boules à mites, l'alcool de bois, le kérosène, etc. entreposés dans la maison, la remise ou le garage sont-ils rangés dans un endroit : 1. Inaccessible ou verrouillé 2. Ni l'un ni l'autre		
22.	Le numéro de téléphone du Centre Anti-Poison du Québec est-il inscrit à un endroit facilement repérable? 1. Oui (spécifier) _____ 2. Non		
23.	Y a-t-il à la maison du sirop d'Ipéca en cas d'empoisonnement? 1. Oui 2. Non		

QUESTIONS			
• ASPHYXIE			
24.	La couchette utilisée est-elle sécuritaire? 1. Oui 2. Non 9. Ne s'applique pas		
25.	Le parc est-il sécuritaire? 1. Oui 2. Non 9. Ne s'applique pas		
26.	Il peut y avoir dans l'entourage de l'enfant de petits objets dangereux avec lesquels il pourrait s'étouffer : trombones, épingles, monnaie, bouchons, mégots, attaches pour sac de pain, etc. Sont-ils habituellement rangés dans un endroit sécuritaire? 1. Oui 2. Non		
27.	Les aliments qui peuvent constituer un risque d'asphyxie comme la farine, les pâtes, etc. sont-ils rangés dans un endroit sécuritaire? 1. Oui 2. Non		
28.	Les cordons et les chaînes des stores et des rideaux sont-ils à la portée des enfants? 1. Oui 2. Non 9. Ne s'applique pas		

QUESTIONS			
• BLESSURES			
29.	Votre enfant fait-il de la bicyclette avec son casque protecteur? 1. Oui 2. Non 9. Ne s'applique pas		
30.	Utilisez-vous une veilleuse dans la maison la nuit? 1. Oui 2. Non		
31.	Les coins pointus des tables sont-ils recouverts d'une protection? 1. Oui 2. Non 9. Ne s'applique pas		
§ AUTRES			
32.	Votre arme à feu est-elle rangée à un endroit verrouillé et inaccessible? 1. Oui 2. Non 9. Ne s'applique pas		
33.	Les munitions sont elles rangées à un endroit verrouillé et inaccessible? 1. Oui 2. Non 9. Ne s'applique pas		
34.	Si c'était à refaire, accepteriez-vous de participer à cette étude. 1. Oui 2. Non		
35.	Pourquoi?		

Critères permettant l'appréciation de la sécurité de certains objets trouvés au domicile (Barrière, chaise haute, lit, parc, détecteur de fumée)

Ces critères nous sont fournis d'abord par la brochure «Votre enfant est-il en sécurité» de Santé Canada et s'appliquent aux questions numéros 6, 11, 33 et 34 relatives à la sécurité des barrières devant les escaliers, la chaise haute, la couchette et le parc.

Quant aux critères servant à l'évaluation de la question numéro 13 concernant les détecteurs de fumée, nous nous référons à la brochure «Principes directeurs : détecteur de fumée pour la maison» de l'Association canadienne de prévention des incendies.

- Questions 6 : Y a-t-il des barrières sécuritaires dans le haut et le bas des escaliers?
Une barrière sécuritaire doit être stable et solide, ancrée fermement au cadre de la porte ou aux murs du passage ou de l'escalier. S'il s'agit d'une barrière extensible, l'enfant ne risque pas de se coincer la tête ou le cou dans une ouverture.
- Question 11 : La chaise haute est-elle sécuritaire?
Une chaise haute sécuritaire est stable et dotée d'une large base réduisant ainsi le risque que l'enfant bascule. Le système de retenue doit consister en une courroie qui se place entre les jambes de l'enfant et une ceinture abdominale. La chaise ne permet pas à un enfant d'y grimper et est située éloignée des murs, portes, fenêtres, cordons de stores, miroirs, appareils électriques et autres meubles.
- Question 33 : La couchette utilisée est-elle sécuritaire?
Les lits fabriqués avant septembre 1986 ne sont pas conformes (la date de fabrication apparaît sur le lit).

Le matelas doit être bien ajusté au contour du lit, les côtés une fois remontés sont bien enclenchés. Le lit est placé loin des rideaux ou des stores afin d'éviter que l'enfant n'enroule les cordons autour de son cou. L'enfant ne doit jamais être attaché de quelque façon que ce soit dans son lit.
- Question 34 : Le parc est-il sécuritaire?
Les côtés doivent être stables et solides, les clenches sont bien fermées. Le vinyle recouvrant le rebord du parc et le matelas n'est pas déchiré. Il n'y a pas de foulard, de colliers ou de cordons autour du cou de l'enfant ou dans le parc.
- Question 13 : Combien y a-t-il de détecteurs de fumée fonctionnels et installés de façon appropriée?
Pour les fins de l'évaluation, un détecteur de fumée sera installé de façon appropriée lorsqu'il sera sur un mur ou au plafond dans le voisinage immédiat des chambres, mais à l'extérieur de celles-ci. Il sera considéré fonctionnel en appuyant sur le bouton permettant de déclencher l'alarme.

FOCUS GROUP

Objectif général : Évaluer la satisfaction des intervenantes en périnatalité en regard de l'utilisation de ce nouvel outil

à 4 thèmes

1. Utilité de la trousse :

- En quoi cet outil peut-il être utile à votre travail ?
- Correspond-elle à un besoin pour vous?
- Quels sont les éléments les plus utiles, les moins utiles?
- Croyez-vous que l'outil puisse aider à prévenir les traumatismes?
- Peut-il avoir d'autres effets positifs ?

2. Conséquences négatives liées à l'utilisation de la trousse

- Y a-t-il des effets secondaires négatifs liés à cette intervention et quels seraient-ils?

3. Intérêt et réceptivité des familles visées

- Comment cette intervention est-elle perçue par les familles visées?
- Correspond-elle à un besoin ressenti par elles?
- Quels seraient leurs principaux griefs?
- Sont-elles globalement satisfaites de l'intervention?

4. Modifications suggérées et impressions sur la nécessité de rendre cette intervention permanente

- Est-ce que la présentation / formation était adaptée à l'utilisation ?
- Si c'était à refaire, comment modifieriez-vous la trousse?
- Doit-on envisager l'implantation de cette intervention de façon permanente?