



Projet de pratique efficace en santé publique

Sommaire

Octobre 2006

Le présent sommaire est un condensé du travail effectué par les auteurs d'un examen systématique, et il a pour but de donner un aperçu des conclusions et des répercussions de l'examen complet, dont la référence bibliographique est indiquée ci-dessous. Pour de plus amples renseignements sur chacune des études mentionnées dans cet examen, veuillez consulter ce dernier.

Référence bibliographique pour l'examen : Ehiri, J.E., Ejere, H.O.D., Magnussen, L., Emusu, D., King, W., Osberg, J.S. (2006). **Interventions for promoting booster seat use in four to eight year olds traveling in motor vehicles**, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, numéro 1*, art. n° : CD004334.pub2, DOI :10.1002/14651858.CD004334.pub2.

Question

Le taux de décès et de blessures survenus à bord d'automobiles chez les enfants de moins de 5 ans et de 10 à 14 ans diminue depuis les années 1980, mais il est demeuré largement inchangé chez ceux de 5 à 9 ans (SécuriJeunes Canada, 2004). Chaque année, les accidents de voiture causent la mort de plus de 35 enfants canadiens de 4 à 9 ans et en blessent gravement plus de 360. Bon nombre de ces décès et de ces blessures pourraient être évités grâce à l'utilisation de sièges d'appoint à positionneur de ceinture (SécuriJeunes Canada, 2004).

La dernière étude nationale d'observation révèle que l'utilisation appropriée des dispositifs de retenue était la plus faible chez les enfants de 5 à 9 ans. Seulement 4,5 % des enfants de ce groupe d'âge étaient assis sur un siège d'appoint et 78,9 % d'entre eux utilisaient une ceinture de sécurité (Transports Canada, 1997). Des enquêtes par téléphone menées à l'échelle nationale par Decima Research Inc., en 2003 et 2004, au nom de SécuriJeunes Canada (2004) ont permis de constater que seulement 28 % des familles canadiennes utilisent des sièges d'appoint pour leurs enfants de 4 à 9 ans. Les enquêtes ont aussi révélé que 53 % des parents estiment que les enfants sont assez grands, à l'âge de 6 ans, pour utiliser seulement une ceinture de sécurité. Les recherches démontrent que le risque de blessures chez les enfants de 4 à 7 ans impliqués dans un accident de voiture est 59 % plus faible quand ils sont assis dans un siège d'appoint que lorsqu'ils utilisent seulement une ceinture de sécurité (Durbin et coll., 2003).

D'ici à 2010, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario souhaite réduire de 20 % le taux de blessures reliées aux collisions qui entraînent l'hospitalisation ou la mort (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 1997), alors que Vision sécurité routière 2010 vise à faire en sorte que 95 % des enfants utilisent un dispositif de retenue approprié (Transports Canada, 2001). En date du 1^{er} septembre 2005, les enfants de moins de 8 ans qui sont trop grands pour un siège d'auto, mais sont trop petits pour bien utiliser

une ceinture de sécurité doivent, selon la loi de l'Ontario, être assis sur un siège d'appoint à positionneur de ceinture lorsqu'ils montent dans une voiture. Le Québec est la seule autre province qui a créé une loi rendant les sièges d'appoint obligatoires. Il y a lieu de définir et d'appliquer des tactiques efficaces pour augmenter l'utilisation appropriée des sièges d'appoint.

Sommaire du contenu de l'examen

Le présent examen systématique avec méta-analyse est un résumé des éléments de preuve tirés de cinq études sur échantillon contrôlé menées auprès de 3070 personnes. Chacune des études a servi à mesurer le changement dans la manière d'utiliser les sièges d'appoint chez les enfants de 4 à 8 ans après des campagnes de promotion. Les interventions comprenaient l'éducation des parents, des enfants ou des fournisseurs de soins de santé, ou des trois, seule ou en combinaison avec la distribution de sièges d'appoint ou des mesures d'encouragement à l'achat de sièges d'appoint, et des rappels des exigences légales concernant l'utilisation de sièges d'appoint. Les groupes témoins n'ont fait l'objet d'aucune intervention. Les études ont été menées aux États-Unis, à l'exception d'un essai sur échantillon aléatoire qui a eu lieu en Australie. Dans l'ensemble, les groupes ayant fait l'objet d'interventions utilisaient plus les sièges d'appoint que les groupes témoins, mais il y avait une hétérogénéité significative entre les résultats d'étude, même dans les sous-groupes d'études où les interventions étaient similaires. Aucune étude de l'impact du siège d'appoint sur les taux de décès ou de blessures reliés aux collisions n'a été trouvée.

Remarques sur la méthode employée pour le présent examen

En plus de communiquer avec des experts pour trouver des études non publiées, les examinateurs ont interrogé plusieurs bases de données sur la santé, l'éducation, les questions psychosociales et la sécurité routière afin de découvrir des études comparatives. Les études ont été sélectionnées selon des critères bien définis. Deux examinateurs ont évalué la qualité méthodologique des études avec la dissimulation de la répartition et la comparabilité de base comme indicateurs de qualité pour les essais sur échantillon aléatoire et contrôlé (EEAC) et avec la comparabilité de base et la collecte de données contemporaines comme critères pour les études sur échantillon non aléatoire et contrôlé. Les écarts ont été résolus par consensus entre les auteurs. On s'est servi de méthodes statistiques appropriées pour regrouper les données et s'occuper de l'hétérogénéité.

Trois des cinq études incluses dans l'examen reposaient sur une répartition aléatoire par rapport aux groupes ayant fait l'objet d'interventions et aux groupes témoins, et, parmi elles, deux indiquaient une dissimulation adéquate de la répartition. Dans l'une des deux études sur échantillon non aléatoire, on a fait correspondre les groupes ayant fait l'objet d'interventions et les groupes témoins dans le cas de certains facteurs potentiellement confusionnels et on s'est servi de méthodes statistiques pour effectuer un redressement en ce qui touche les autres. La durée du suivi allait de deux semaines à 15 mois. C'est par l'observation, dans trois des études, et par l'autodéclaration, dans les deux autres, que l'on déterminait si les participants utilisaient ou non des sièges d'appoint. La taille et le poids réels des enfants participants étaient mesurés dans un EEAC. Dans deux études, on a signalé que l'évaluation des résultats s'était faite à l'aveugle par rapport au groupe ayant fait l'objet du traitement. Dans un EEAC, on a enregistré un taux d'abandon élevé (34 %). Les études sur échantillon non aléatoire visaient à mesurer l'utilisation de sièges d'appoint avant et après l'intervention; dans une d'entre elles, on s'est servi d'une intervention communautaire et de la mesure des résultats, et dans l'autre, on a analysé seulement les données qui provenaient de familles qui avaient rempli des évaluations

de base et de suivi (82 % dans le groupe ayant fait l'objet d'interventions et 93 % dans le groupe témoin).

Preuves et répercussions sur la pratique et les politiques

Les preuves NE SONT PAS pondérées ou classées selon leur force.

Quelles sont les preuves?	Répercussions sur la pratique et les politiques :
<ul style="list-style-type: none"> > Les interventions axées sur l'éducation font augmenter l'utilisation des sièges d'appoint. > Des preuves ont pu être obtenues de deux EEAC : <ul style="list-style-type: none"> – dans un, on a recouru à une intervention éducative destinée à modifier le comportement des enfants d'âge préscolaire (risque relatif [RR] : 1,25; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,10 à 1,41; N = 499); – dans l'autre, les parents qui entraient dans un magasin de jouets se voyaient remettre des dépliants d'avertissement sur les conséquences qu'a la non-utilisation d'un siège d'appoint (RR : 1,32; IC à 95 % : 1,16 à 1,49; N = 64). 	<ul style="list-style-type: none"> > L'éducation à l'utilisation de sièges d'appoint devrait faire partie des programmes de prévention des blessures et de sécurité routière.
<ul style="list-style-type: none"> > Les interventions combinant éducation et mesures d'encouragement ou distribution de sièges d'appoint gratuits sont efficaces. > Dans l'ensemble, les résultats de deux méta-analyses ont révélé que la distribution de sièges d'appoint gratuits (RR : 2,34; IC à 95 % : 1,50 à 3,63; N = 380) et les mesures d'encouragement (RR : 1,32; IC à 95 % : 1,12 à 1,55; N=1898) augmentaient nettement l'utilisation de sièges d'appoint, comparativement à ce qui était observé au sein du groupe témoin. > Bien que ces études visaient à comparer différents types d'interventions, les résultats n'ont pas été divulgués dans l'examen systématique. 	<ul style="list-style-type: none"> > Il y a lieu d'effectuer des recherches afin de déterminer les effets des différentes interventions qui existent. > Il faut prôner les partenariats entre les secteurs privé et public pour financer et soutenir les stratégies efficaces faisant intervenir des ressources documentaires.
<ul style="list-style-type: none"> > Les taux d'attrition significatifs et la durée variable du suivi ont un effet inconnu sur les preuves. 	<ul style="list-style-type: none"> > Il faut mener des études plus larges avec un suivi plus long afin de déterminer l'impact à long terme et l'ampleur des effets.

> Trois études reposaient sur des autodéclarations concernant l'utilisation d'un siège d'appoint.	> Il y a lieu d'effectuer des recherches d'observation rigoureuses pour garantir la fiabilité des données.
> La généralisabilité des preuves est limitée.	> Il faut effectuer des recherches au Canada pour déterminer les comportements de divers groupes de la population. Cela permettra de bien cibler les interventions.
<p>Répercussions générales : il faut réaliser des interventions visant à augmenter l'utilisation de sièges d'appoint chez les enfants de 4 à 8 ans qui montent dans une voiture. Diverses approches individuelles offrent un certain avantage, mais les stratégies combinées semblent les plus efficaces. Il y a lieu d'effectuer des recherches prospectives et contrôlées sur les interventions communautaires durables auprès de différentes populations. Les études devraient durer plus longtemps que celles qui ont été examinées dans les présentes.</p>	

Renseignements sur le rapport coût-avantage ou coût-efficacité : non inclus dans l'examen.

Références bibliographiques utilisées pour donner un aperçu de la question :

Durbin, D.R., Elliott, M.R. et Winston, F.K. (2003). Belt-positioning booster seats and reduction in risk of injury among children in vehicle crashes, *Journal of the American Medical Association*, 289: 2835-40

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (1997). Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires, récupéré le 24 octobre 2006 à l'adresse :

<http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/manprog/mhp.pdf>

SécuriJeunes Canada (2004). SécuriJeunes Canada encourage les parents à utiliser des sièges d'appoint pour leurs enfants de 4 à 9 ans, récupéré le 24 octobre 2006 à l'adresse :

<http://www.sickkids.ca/SKCFORMediaFR/section.asp?s=Communiqués+de+presse&slD=11661&ss=2004&ssID=11664&sss=Si+%E8ge+d+%92appoint&ssslD=11667>

Transports Canada (2001). Objectifs de sécurité routière pour le Canada d'ici à 2010, récupéré le 24 octobre 2006 à l'adresse :

<http://www.tc.gc.ca/securiteroutiere/tp/tp13736/menu.htm>

Transports Canada (1997). Utilisation des dispositifs de retenue d'enfant au Canada : données de l'étude de 1997, récupéré le 24 octobre 2006 à l'adresse :

http://www.tc.gc.ca/securiteroutiere/tp2436/cl9804/menu_f.htm

Auteure du sommaire :

Irene Koren, inf. aut., M. Sc.; professeure adjointe, Université Laurentienne, Service de santé publique de Sudbury et du district, Sudbury (Ontario)

Coordonnées du Projet de pratique efficace en santé publique (PPESP) :

Hamilton Public Health Services
Epidemiology and Evaluation
Projet de pratique efficace en santé publique
2, rue King Ouest, 3^e étage
Dundas (Ontario) L9H 6Z1

Téléphone : 905-546-2424, poste 1578

Télécopieur : 905-628-6465

Courriel : ephpp@hamilton.ca

Site Web : <http://www.hamilton.ca/ephpp>

Le format du présent sommaire a été adapté d'après health-evidence.ca (www.health-evidence.ca).