

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

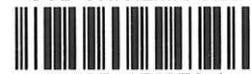


Année 2006

THESE N° 125/1

LES ACCIDENTS DOMESTIQUES CHEZ L'ENFANT

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 151876 4

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
QUALIFICATION MEDECINE GENERALE**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30 Mai 2006

PAR Virginie MASSONNAUD

Née le 19 Avril 1975 à Cognac

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Président
Monsieur le Professeur MOULIES Dominique	Juge
Monsieur le Professeur PIVA Claude	Juge
Monsieur le Professeur BUCHON Daniel	Juge
Madame le Docteur FONMARTY-CASSAGNE Séverine	Membre invité.

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

ROCHE Doriane

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc (Surnombre 31/08/2006)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
CHAPOT René	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (Surnombre 31/08/2006)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
DESCOTTES Bernard (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	CHIRURGIE UROLOGIQUE ET ANDROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MEDECINE DU TRAVAIL
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LE MEUR Yannick	NEPHROLOGIE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE

MAUBON Antoine (C.S)
 MELLONI Boris
 MERLE Louis (C.S)
 MOREAU Jean-Jacques (C.S)
 MOULIES Dominique (C.S)
 NATHAN-DENIZOT Nathalie
 PARAF François
 PILLEGAND Bernard (Sumombre 31/08/2008)
 PIVA Claude (C.S)
 PLOY Marie-Cécile
 PREUX Pierre-Marie
 RIGAUD Michel (C.S)
 SALLE Jean-Yves
 SAUTEREAU Denis (C.S)
 SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
 STURTZ Franck
 TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
 TREVES Richard (C.S)
 TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
 VALLAT Jean-Michel (C.S)
 VALLEIX Denis
 VANDROUX Jean-Claude (C.S)
 VERGNENEGRE Alain (C.S)
 VIDAL Elisabeth (C.S)
 VIGNON Philippe
 VIROT Patrice (C.S)
 WEINBRECK Pierre (C.S)
 YARDIN Catherine (C.S)

RADIOLOGIE
 PNEUMOLOGIE
 PHARMACOLOGIE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
 ANATOMIE PATHOLOGIQUE
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 MEDECINE LEGALE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION MEDICALE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES
 HISTOLOGIE-CYTOLOGIE, CYTOGENETIQUE ET BIOLOGIE
 CELLULAIRE ET DE LA REPRODUCTION

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALAIN Sophie
 ANTONINI Marie-Thérèse
 BOUTEILLE Bernard
 CHABLE Hélène
 DAVIET Jean-Christophe
 DRUET-CABANAC Michel
 DURAND-FONTANIER Sylvaine
 ESCLAIRE Françoise
 JULIA Annie
 LAPLAUD Paul
 MOUNIER Marcelle
 PETIT Barbara
 QUELVEN Isabelle
 RONDELAUD Daniel
 TERRO Faraj
 VERGNE-SALLE Pascale
 VINCENT François

Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
 Explorations Fonctionnelles Physiologiques
 Parasitologie - mycologie
 Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles
 Médecine physique et réadaptation
 Epidémiologie, économie de la santé et prévention
 Anatomie – Chirurgie Digestive
 Biologie Cellulaire
 Hématologie
 Biochimie et Biologie Moléculaire
 Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Biophysique et Médecine Nucléaire
 Laboratoire Cytologie et Histologie
 Biologie Cellulaire
 Thérapeutique
 Physiologie

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel
 BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE
 MEDECINE GENERALE

A notre Président de Thèse:

Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR Lionel

Professeur des Universités de Limoges

Chef de service

Pédiatrie

Vous nous avez fait l'honneur de présider cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Directrice de Thèse :

Madame le Docteur FONMARTY-CASSAGNE Séverine

Praticien hospitalier du Centre Hospitalier de Tulle
Pédiatrie

Merci de m'avoir confié le sujet de cette thèse.

Merci pour ton aide précieuse, ta disponibilité, tes conseils, et ton soutien lors de ce travail et lors de mon passage dans le service de pédiatrie.

Enfin, merci pour tes compétences, ta patience et ta gentillesse à l'égard de tous tes petits patients.

A notre Jury de Thèse :

Monsieur le Professeur MOULIES Dominique

Professeur des Universités de Limoges

Chef de service

Chirurgie infantile

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail, en acceptant de le juger.

Permettez nous à cette occasion de vous exprimer notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur PIVA Claude

Professeur des Universités de Limoges

Chef de service

Médecine Légale

Vous avez accepté de siéger à notre jury.

Veillez trouver ici l'assurance de notre respectueuse considération.

Monsieur le Professeur BUCHON Daniel

Professeur des Université de Limoges

Médecine Générale

Nous vous sommes très reconnaissante de l'honneur que vous nous faites de participer au Jury de notre Thèse, et de nous apporter votre réflexion sur notre travail.

Un grand merci :

Aux médecins des services des Urgences et de Pédiatrie du CH de Tulle, sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Aux médecins du service des Urgences du CH d'Ussel, pour leur collaboration.

A Mesdames les secrétaires du service d'accueil des Urgences et de Pédiatrie du CH de Tulle.

A Maryvonne et Jean-Marie, pour leur disponibilité permanente.

A tous mes amis, et en particulier Hélène et Sandrine, pour leur présence, leur réconfort et leur amitié si précieuse.

A Céline, pour sa présence lors des aléas de dernière minute.

A ma sœur, Aurélie, pour l'aide et le soutien qu'elle m'a apporté tout au long de ce travail.

Je dédie ce travail :

A mes grands- parents.

A mes parents.

Pour leur soutien, pour leur confiance et leurs encouragements tout au long de ces années d'étude.

Pour m'avoir permis d'en arriver jusque là.

Merci.

A Alexandre, pour sa patience et son amour.

A mon fils, Antoine, pour tout le bonheur qu'il me donne.

A notre Président de Thèse:

Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR Lionel

Professeur des Universités de Limoges

Chef de service

Pédiatrie

Vous nous avez fait l'honneur de présider cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

PLAN

INTRODUCTION

CHAPITRE I : ÉPIDÉMIOLOGIE

A/ Définitions

B/ Les sources épidémiologiques

C/ La mortalité

- 1- Évolution de la mortalité des enfants
- 2- La mortalité actuelle des ADVC
- 3- Les principales causes de mortalité par ADVC

D/ La morbidité

- 1- L'âge et le sexe
- 2- Le lieu
- 3- Les mécanismes accidentels
- 4- Les lésions
- 5- Les parties lésées
- 6- Les conséquences médicales immédiates
- 7- Les séquelles

CHAPITRE II : GÉNÈSE DE L'ACCIDENT DOMESTIQUE DE L'ENFANT

A/ L'enfant

- 1- L'âge
- 2- Le sexe
- 3- La personnalité de l'enfant

B/ L'entourage humain

- 1- Le manque d'appréciation des risques domestiques
- 2- Les difficultés familiales
- 3- Le milieu socio-économique et culturel

C/ L'environnement matériel et l'agent vulnérant

CHAPITRE III : ÉVOLUTION ACTUELLE DES DIFFÉRENTS TYPES D'ACCIDENTS DOMESTIQUES

A/ Les accidents domestique en repli

- 1- Les écrasements par les portes de garage automatiques
- 2- Les noyades dans la baignoire
- 3- Les ingestions accidentelles de soude caustique
- 4- Les brûlures par barbecue

B/ Les accidents domestiques constants

- 1- Les intoxications
 - a) les intoxications médicamenteuses
 - b) les produits ménagers
 - c) le monoxyde de carbone
 - d) les plantes d'appartement et de jardin
- 2- Les chutes
- 3- Pénétration d'un corps étranger
 - a) dans le tube digestif
 - b) dans l'arbre trachéo-bronchique
 - c) dans les cavités naturelles
- 4- Les brûlures

C/ Les nouveaux accidents domestiques

- 1- Les poudres de machines à laver la vaisselle
- 2- Les nouveaux aspects des brûlures
 - a) brûlures par four à micro-ondes
 - b) les bombes aérosols
 - c) cuisine, trotteurs et brûlures
 - d) incendies et inhalation de fumées
- 3- Les ingestions de piles-boutons
- 4- Les cosmétiques
- 5- Les morsures d'animaux
- 6- Les noyades en piscines privées

CHAPITRE IV : LA PRÉVENTION

A/ La prévention passive

B/ La prévention active

- 1- Les moyens d'éducation et d'information de l'entourage
 - a) les professionnels de santé et en particulier le médecin généraliste
 - b) les campagnes de prévention
 - c) les actions de terrain
- 2- Les moyens d'éducation et d'information de l'enfant
 - a) les parents, la famille
 - b) l'école
- 3- Les moyens physiques : les accessoires de protection

C/ Les obstacles à la prévention

D/ Les orientations à prendre

- 1- Au niveau des concepts et des décisions
- 2- Au niveau du terrain

CHAPITRE V : ETUDE DES CAS

A/ But de l'étude

B/ Patients et méthode

- 1- Critères d'inclusion et d'exclusion
- 2- Recueil des données
- 3- Qualité des données

C/ Résultats

- 1- Selon l'activité des services
- 2- Selon l'âge et le sexe
- 3- Selon le moment
- 4- Selon le lieu
- 5- Selon l'activité
- 6- Selon le mécanisme
- 7- Selon la lésion
- 8- Selon la topographie des lésions
- 9- Selon les examens complémentaires
- 10- Selon la prise en charge médicale
- 11- Selon la surveillance
- 12- Selon les précédents aux urgences

D/ Conclusion

CHAPITRE VI : ANALYSE ET DISCUSSION

- A/ A propos de l'étude
- B/ A propos du sexe
- C/ A propos de l'âge
- D/ Le paramètre temps
- E/ A propos du lieu
- F/ A propos de l'activité
- G/ A propos des lésions et de leur prise en charge
- H/ A propos du motif de consultation
- I/ Au total

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

- ANNEXE 1 : Les dix recommandations de la sécurité à la maison (Comité National de l'enfance).
- ANNEXE 2 : Questionnaire "MÉNAGE" de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).
- ANNEXE 3 : Questionnaire "ACCIDENT SURVENU PENDANT LES DOUZE DERNIERS MOIS" de la CNAMTS.
- ANNEXE 4 : Questionnaire EHLASS.
- ANNEXE 5 : Liste des centres anti-poisons français.
- ANNEXE 6 : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes.
- ANNEXE 7 : Fiche de renseignement de notre étude.
- ANNEXE 8 : Les gestes qui sauvent.
- ANNEXE 9 : Les nouveaux modèles 2006 des carnets de santé.
- ANNEXE 10 : La loi du 21 juillet 1983.
- ANNEXE 11 : La Commission de la Sécurité et des Consommateurs (CSC).
- ANNEXE 12 : Liste des documents pédagogiques pour l'usage des enseignants, des parents ou des collectivités locales.

INTRODUCTION

Problème majeur de santé publique, les accidents domestiques chez l'enfant occupent une place préoccupante dans notre pays.

Leur évaluation est inquiétante concernant le nombre de décès (**près de 350 décès annuels par accidents de la vie courante dont la moitié environ par accidents domestiques**), le nombre de recours aux soins (estimé à plus d'un million par an selon la Cnamts), et les séquelles engendrées.

Pourquoi l'enfant est-il le premier exposé aux multiples dangers de la maison ?

Nous y répondrons en étudiant son développement physiologique en devenir, sa personnalité, ainsi que son environnement matériel et humain.

Nous verrons également que **la prévention** a un rôle majeur à jouer. Elle repose sur deux actions complémentaires : d'une part la réglementation et le contrôle de l'environnement, d'autre part l'information et l'éducation aux risques.

Dans ce travail, nous avons étudié, de manière prospective, 91 cas d'accidents domestiques d'enfants corréziens, sur une période allant du 1^{er} novembre 2005 au 1^{er} février 2006.

Notre étude tente de faire un « état des lieux » de ces accidents chez l'enfant d'aujourd'hui. Quels sont les facteurs et les lieux à risque ? Ont-ils évolué ? Quels sont les accidents les plus fréquents et les plus graves ? La réponse à ces questions nous permettra peut-être de **mieux connaître les accidents domestiques afin de mieux les combattre.**

CHAPITRE I

EPIDEMIOLOGIE

Pour lutter efficacement contre les accidents de la vie courante, et surtout contre les plus graves, il faut d'abord avoir une information la plus complète possible sur l'ensemble des données épidémiologiques. C'est le but de ce chapitre, où nous étudierons la mortalité et la morbidité.

Mais auparavant, il semble important de préciser quelques définitions.

A/ Définitions

. **L'accident** est défini par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme un événement indépendant de la volonté humaine, provoqué par une force extérieure, agissant rapidement et qui se manifeste par un dommage corporel ou mental.

. **Un accident de la vie courante (ADVC)** est généralement un traumatisme non intentionnel, qui n'est ni un accident de la circulation, ni un accident du travail [22].

Les ADVC sont usuellement répartis selon le lieu d'activité :

- les accidents domestiques (AD), se produisent à la maison ou dans ses abords immédiats : jardin, cour, garage, piscine privée ou autres dépendances,
- les accidents survenant à l'extérieur : dans un magasin, sur un trottoir, à proximité du domicile,
- les accidents scolaires : ils incluent les accidents survenant lors du trajet, durant les heures d'éducation physique et dans les locaux scolaires,
- les accidents de sport,
- les accidents de vacances et de loisirs.

. **La mortalité** : elle est définie par le rapport entre le nombre de décès et celui d'une population.

. **La morbidité** : elle est définie par le rapport entre le nombre de malades (ici se seront les accidentés), et celui d'une population.

B/ Les sources épidémiologiques

Elles sont relativement peu nombreuses en France.

Les statistiques de mortalité sont publiées par le service commun n° 8 de l'Institut National de la Recherche Médicale (INSERM). Elles sont établies à partir des certificats remplis par les médecins lors de tout décès. Les résultats sont donnés en nombre et en taux pour 100000, par tranche d'âge, et par sexe [4].

Malheureusement, la classification adoptée, qui est celle de l'OMS, ne fait pas apparaître de façon distincte les accidents domestiques.

Les statistiques de morbidité sont établies essentiellement par 2 types d'enquêtes :

- l'enquête de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) : elle repose sur le recueil de questionnaires envoyés chaque année à des échantillons représentatifs d'assurés sociaux, entre 1987 et 1995 [annexes 2 et 3]. Elle recense les accidents des ménages nécessitant au moins un soin durant l'année précédant l'enquête (consultation médicale, paramédicale, achat pharmaceutique, analyse, alitement ou hospitalisation...). Elle a l'avantage de donner des renseignements en nombre et en taux, qui peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population française. Malheureusement, ces enquêtes n'ont pas été poursuivies depuis quelques années [4,44].

- l'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante (EPAC). Mise en place depuis 1986 en France, EPAC est l'extension française du réseau européen EHLASS (European Home and Leisure Surveillance System) [annexe 4] [11]. Il s'agit d'un recueil en continu, qui consiste à collecter de façon exhaustive des informations sur les accidentés, se présentant dans les services d'urgence des hôpitaux français participants [annexe 4]. La gestion de cette base de données est désormais assurée par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS). Les résultats ne sont pas le reflet de la population française, mais donnent des renseignements plus approfondis que dans l'enquête CNAMTS, sur la nature des causes et des produits responsables, ainsi que sur certains critères de gravité [22].

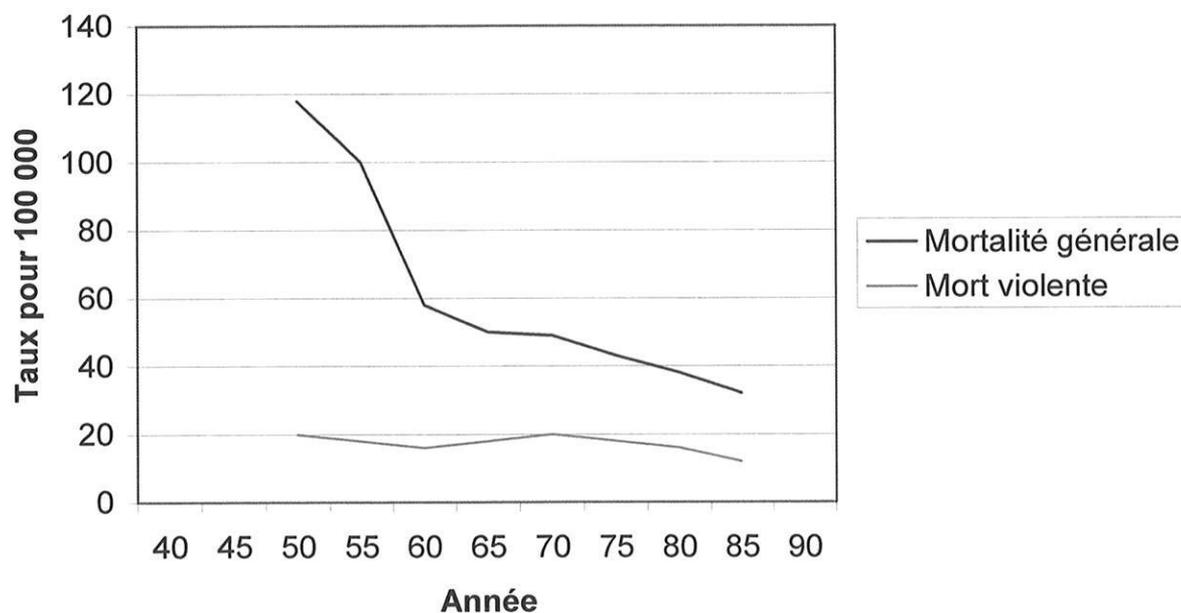
C/ La mortalité

1. Evolution de la mortalité des enfants

De 1950 à 1960, la mortalité générale des enfants, dans les pays industrialisés, dont la France, a fortement diminué, grâce à la baisse de la mortalité infectieuse, par l'usage des antibiotiques et de la vaccination [38].

C'est ainsi que les décès par accidents prennent une part croissante dans la mortalité générale des enfants. Pourtant, à partir de 1970, la mortalité accidentelle globale diminue légèrement [Figure n°1].

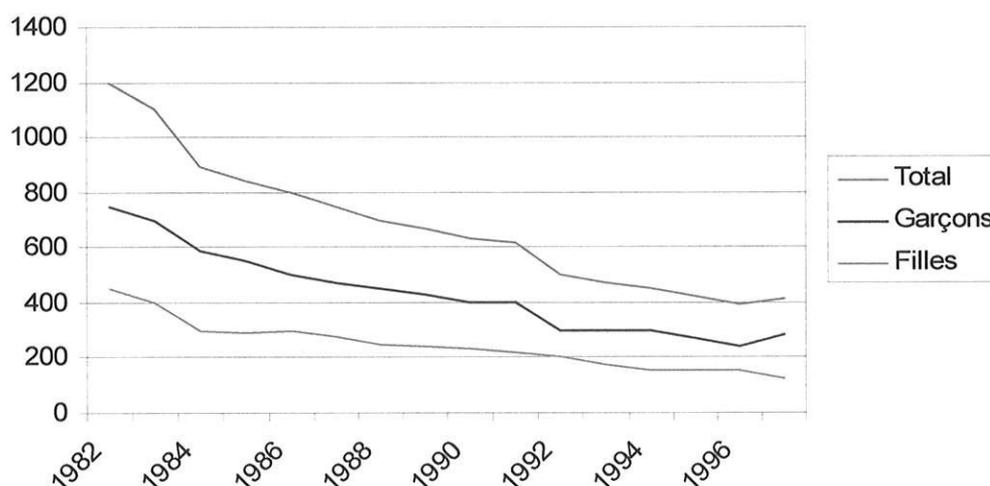
Figure n°1 : Evolution de la mortalité générale et de la mortalité par mort violente en France, entre 1950 et 1985 chez les sujets âgés de 1 à 15 ans (Source INSERM).



Depuis 1980, apparaît une diminution encore plus nette de la mortalité par ADVC en France [39].

En effet, on observe entre 1982 et 1999 (données Inserm, SC8) une régression de 70% du nombre de décès par ADVC chez les jeunes de moins de 15 ans [Figure n°2].

Figure n°2 : Evolution du nombre de décès par accident de la vie courante chez les moins de 15 ans entre 1982 et 1998 (source INSERM).



Cette baisse est équivalente dans les deux sexes. La diminution importante entre 1982 et 1987 est due notamment à une classification plus appropriée des décès par mort subite inexpiquée du nourrisson, auparavant mal différenciée des suffocations, et espérons-le aux différentes actions de prévention menées dans ce domaine [38,39].

Enfin, si l'on compare avec les pays européens voisins, il apparaît que la baisse de la mortalité accidentelle s'est amorcée en Europe avant celle de la France dès 1970. Ces pays avaient déjà pris conscience du problème de la mortalité par ADVC [Figures n° 3 et 4].

Ainsi en 1991, la France avait le triste privilège d'avoir un des taux les plus élevés de décès par rapport aux autres pays européens [31].

Figure n°3 : Evolution du taux de mortalité de 1970 à 1990 en Europe. (Source HFA Statistical Database, Copenhagen).

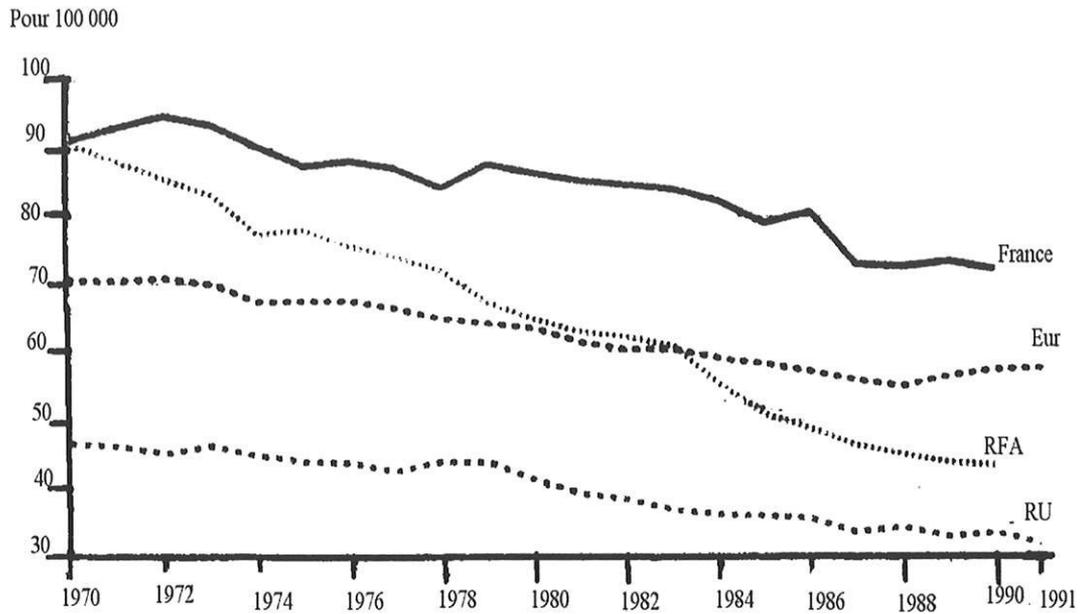
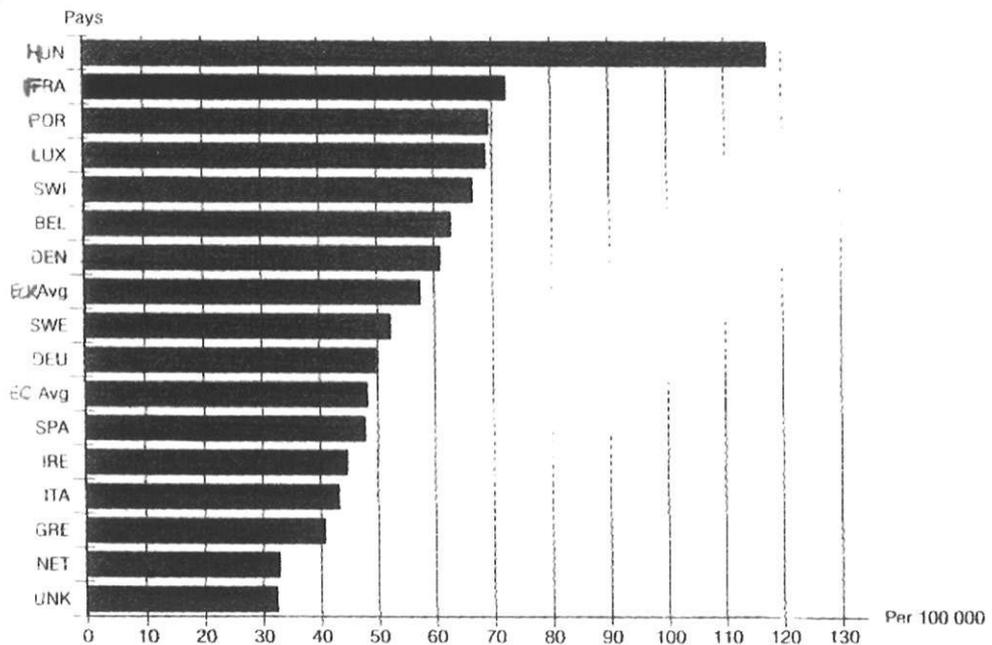


Figure n°4 : Causes extérieures de traumatismes et empoisonnement en Europe (OMS 1991)



2. Mortalité actuelle des accidents de la vie courante

Les ADVC ont occasionné en France près de 340 décès chez les enfants en 1999 [42] [Tableau 1]. Ils constituent ainsi la première cause de mortalité accidentelle chez ces derniers.

Tableau 1 : Décès et taux brut de mortalité par accidents de la vie courante chez l'enfant en France, en 1982, 1990 et 1999 (Source Inserm-CepiDc).

	DC*	TX**
1982	1200	10,0
1990	635	5,6
1999	341	3,1

*DC : nombre total de décès, **TX : taux brut de mortalité pour 100 000

Ainsi, même si la mortalité a nettement baissé ces quinze dernières années, il ne faut pas oublier que les ADVC sont impliquées dans :

- 1 décès sur 5 entre 1 et 4 ans.
- 1 décès sur 8 entre 5 et 14 ans [39].

3. Les principales causes de mortalité par ADVC chez les enfants [42]

La première cause de décès par ADVC est représentée par les suffocations (25%), liées à un corps étranger, à une strangulation... [Tableau 2].

Elles sont particulièrement fréquentes chez les enfants de 0 à 4 ans, et en particulier avant 1 an où elles représentent près de 63% des décès (mais là encore, nous pouvons nous interroger sur des problèmes de classification des morts subites du nourrisson).

La deuxième cause de décès est due aux noyades (23%), et prédomine entre 1 et 5 ans. (C'est en fait la première cause de décès chez l'enfant de plus de 1 an.)

L'incendie domestique est la troisième cause de décès accidentel chez l'enfant (14%). Elle concerne essentiellement les enfants de moins de 5 ans.

Dans une proportion équivalente on retrouve les chutes, qui peuvent relever certes d'un accident domestique, mais aussi de sport ou de loisirs.

Enfin, les intoxications (qui relèvent essentiellement des AD), sont responsables de près de 2% des décès par ADVC.

Tableau 2 : Répartition des effectifs de décès en 1999 par principales causes et classes d'âges (Source INSERM).

	< 1 an	1 – 15 ans
Chutes	8	35
Suffocations	50	28
Noyades	8	64
Feu	2	40
Intoxications	1	5
Autres	11	66
Total	80	238

Plus de 300 décès dans l'année, c'est toujours trop, mais on ne peut pas nier les progrès faits depuis le début des années 80 [Tableau 3].

Tableau 3 : Décès et taux brut de mortalité (pour 100 000) par accidents de la vie courante chez les enfants de 0 à 15 ans selon le type d'accident en France en 1982, 1990 et 1999 (Source INSERM).

	Décès	Taux
Chutes		
1982	58	0.5
1990	54	0.5
1999	33	0.3
Suffocations		
1982	529	4.6
1990	286	2.6
1999	95	0.9
Intoxications		
1982	29	0.2
1990	15	0.1
1999	15	0.1
Noyades		
1982	203	1.8
1990	106	1.0
1999	66	0.6
Feu		
1982	77	0.7
1990	64	0.6
1999	39	0.4

Enfin, n'oublions pas que la mortalité accidentelle n'est que la partie visible de l'iceberg. Le nombre d'accidents chez les enfants (0-16 ans) serait, selon les données de la CNAMTS, de plus d'un million et ceux-ci sont à l'origine de nombreuses et graves séquelles, constituant une des premières causes de déficiences acquises. Leur impact sur la santé en fait une des causes essentielles de perte d'années potentielles de vie [31,39].

D/ La morbidité

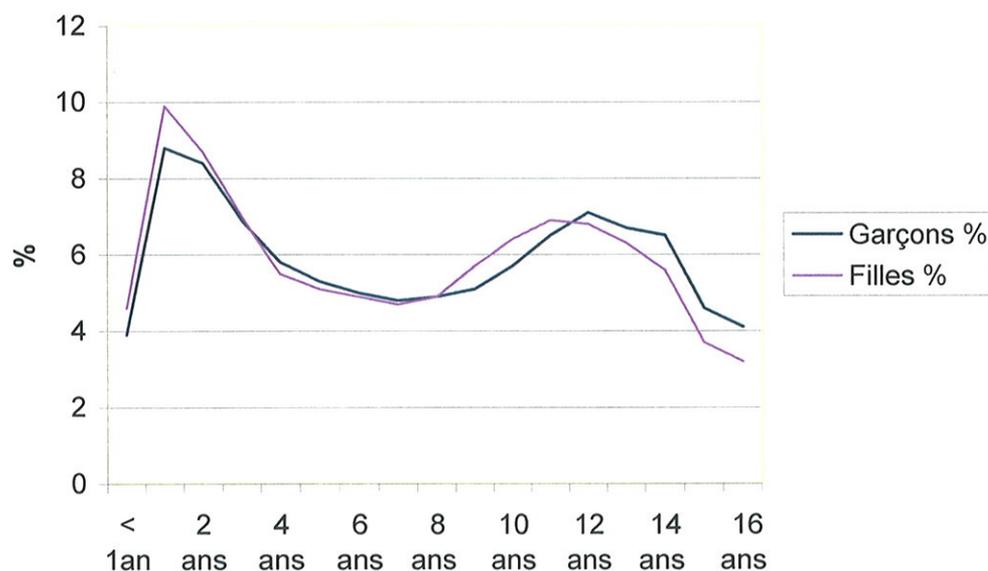
Les enfants sont fréquemment victimes d'ADVC puisqu'ils représentent à eux seuls 51% des accidents répertoriés dans l'enquête EPAC 2002/2003 [22].

Il s'agit dans plus de la moitié des cas d'un accident domestique.

1. L'âge et le sexe

La répartition des accidents est inégale entre 0 et 16 ans : peu d'accidents surviennent avant 1 an alors que 2 pics sont à noter entre 1 et 4 ans (31%) et entre 10 et 14 ans (33%) [Figure n°5], [22].

Figure n°5 : Répartition des accidents de la vie courante chez les enfants selon l'âge et le sexe (Source EPAC 2002/2003).



Pour l'enquête CNAMTS, l'âge le plus exposé se situe entre 2 et 3 ans [44].

La prédominance masculine est constante au fil des années avec un taux aux alentours de 60%. Cette disparité faible avant 1 an (sexe ratio à 1,2) est croissante avec l'âge (sexe ratio 1,8 à 16 ans) [Tableau 4] [22].

Tableau 4 : Répartition des ADVC chez les enfants selon l'âge et le sexe
(Source EPAC 2002/2003).

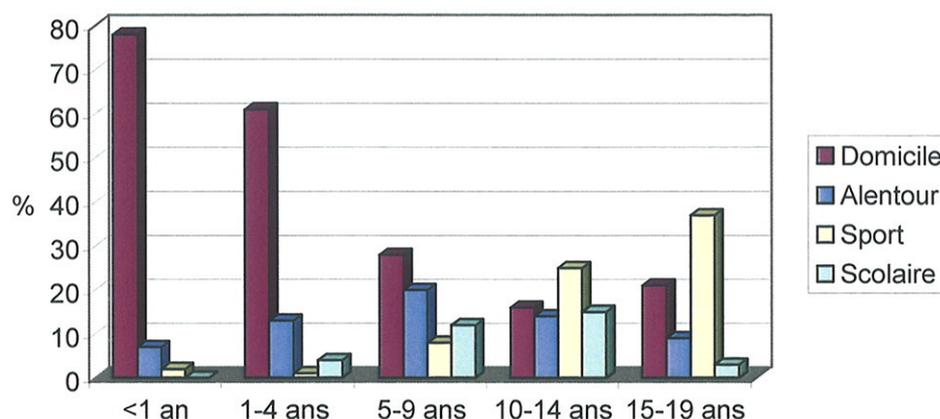
	<1an	1an	2ans	3ans	4ans	5ans	6ans	8ans	9ans	10ans	12ans	13ans	14ans	15ans	16ans	Total
Garçons																
Effectif	1237	2833	2702	2210	1861	1695	1592	1573	1627	1824	2289	2147	2098	1490	1305	32120
%	3.9	8.8	8.4	6.9	5.8	5.3	5.0	4.9	5.1	5.7	7.1	6.7	6.5	4.6	4.1	100
Filles																
Effectif	1018	2220	1954	1570	1221	1136	1087	1105	1277	1430	1526	1403	1247	821	718	22339
%	4.6	9.9	8.7	7.0	5.5	5.1	4.9	4.9	5.7	6.4	6.8	6.3	5.6	3.7	3.2	100
Sex ratio G/F	1.2	1.3	1.4	1.4	1.5	1.5	1.5	1.4	1.3	1.3	1.5	1.5	1.7	1.8	1.8	1.4

2. Le lieu

Quelles que soient les enquêtes, ce sont les accidents domestiques qui prédominent (61% pour la CNAMTS, 46% pour EPAC), avec environ 2/3 des accidents à l'intérieur de la maison et 1/3 à l'extérieur.

Tout à fait logiquement, les accidents dans la maison touchent principalement les enfants de 0 à 4 ans. A partir de 5 ans, le taux décroît brutalement en raison de la scolarisation et d'un plus grand temps passé à l'extérieur de la maison. [Figure 6]

Figure n°6 : Répartition des principaux lieux d'accidents par âge. (Source EHLASS)



Une analyse détaillée des lieux de survenue (selon la CNAMTS) montre que la cuisine est le lieu de prédilection (24%) des accidents domestiques. Le jardin et la cour représentent eux aussi des lieux à risques ; près d'1/4 des accidents domestiques s'y produisent.

3. Les mécanismes accidentels

Les chutes constituent le principal mécanisme accidentel (55%), quels que soient l'enquête, l'âge ou le type d'accident.

Chez l'enfant de moins de 1 an, elles représentent l'accident le plus fréquent (près de 70%). [Tableau 5]

Les coups et collisions sont nettement moins fréquents (18%).

Il faut noter que le pourcentage d'accidents par intoxication est non négligeable avec un pic de fréquence à 13% entre 1 et 4 ans.

Tableau 5 : Mécanismes accidentels chez les enfants de moins de 15 ans.

(Source EHLASS).

Mécanismes/Âge	< de 1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans
Chute plain-pied	12	21	24	23	20
Chute hauteur	59	29	25	29	17
Coups / collisions	5	10	22	23	25
Intoxications	6	13	1	1	1
Brûlures	4	3	1	1	2
Déformation à l'effort	3	2	9	8	17
Pincement / compression	2	8	5	5	4
Corps étranger	2	4	2	1	2
Autre	7	10	11	9	12
Total	100%	100%	100%	100%	100%

4. Les lésions

Heureusement pour les petites victimes, dans plus de 50% des cas, les lésions sont bénignes : plaies superficielles et hématomes [22,44].

Nous noterons que les quatre premières années sont caractérisées à la fois par un grand nombre de lésions bénignes, et par l'importance des intoxications accidentelles et des brûlures, qui sont des accidents graves : $\frac{1}{4}$ des brûlures et $\frac{3}{4}$ des intoxications surviennent avant 5 ans. [Tableau 6]

Quelles que soient les enquêtes, on remarque également que le nombre de fractures et d'entorses augmente avec l'âge [tableau 6] [44].

**Tableau 6 : Fréquence des lésions pour 100 accidents domestiques
chez l'enfant de 0 à 16 ans (Source CNAMTS).**

Age	0 à 1 an	2 à 3 ans	4 à 9 ans	10 à 16 ans	Ensemble
Lésion : Hématome	50,0	27,3	25,7	11,2	24,5
Plaie superficielle	20,8	26,0	26,2	18,9	23,8
Plaie profonde	10,4	18,8	23,3	16,8	19,3
Entorse-luxation	2,1	3,9	5,2	16,1	7,4
Fracture	4,2	2,6	8,1	20,3	9,4
Traumatisme crânien	6,3	0,7	1,4	-	1,3
Autre traumatisme	-	2,6	3,3	5,6	3,4
Brûlure superficielle	10,4	9,7	5,2	7,7	7,6
Brûlure profonde	2,1	5,8	1,4	3,5	3,2
Intoxication	2,1	5,2	2,9	2,8	3,4
Asphyxie	-	0,7	0,5	0,7	0,5
Autre	4,2	4,6	6,2	1,4	4,3

Les totaux en colonne dépassent 100, car un même accident peut entraîner plusieurs lésions.

5. Les parties lésées

La tête est la localisation la plus touchée (35% des accidents). Ce taux atteint 63% chez les enfants de moins de 1 an, dont la morphologie se prête à ce genre d'accidents (et seulement 15% à 16 ans).

A l'inverse, les lésions des membres supérieurs et inférieurs augmentent avec l'âge [22,44].

6. Les conséquences médicales immédiates [4, 22,44]

- Dans plus de la moitié des cas (53%), les accidents chez les enfants sont bénins et n'entraînent aucun traitement ou bien permettent le retour au domicile après traitement symptomatique.

Notons que les accidents les plus bénins (sans suivi ultérieur) diminuent avec l'âge :

- 0 à 1 an = 75%
- à 16 ans = 46%

- En revanche, une proportion importante (39%) fait l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur. Ce taux croît avec l'âge :

- 0 à 1 an = 16%
- à 16 ans = 50%

- Enfin, 8% des enfants accidentés nécessitent une hospitalisation. Ce taux diminue avec l'âge :

- 0 à 8 ans = 8 à 11%
- à 16 ans = 5%

La durée moyenne d'hospitalisation est courte chez les enfants, de l'ordre de 3 jours. Ce chiffre diminue régulièrement depuis 1988, surtout chez les enfants de moins de 1 an.

7. Les séquelles

La prévalence des séquelles n'est pas évaluée spécifiquement chez l'enfant, mais la CNAMTS estimerait que 2% des enfants accidentés (accidents de la vie courante) souffriraient de séquelles se répartissant de la façon suivante :

Tableau 7 : Principales séquelles des accidents de la vie courante (source Cnamts) [44].

– déficiences esthétiques :	40,6%
– déficiences dentaires :	18,6%
– déficiences sensitives :	13,6%
– déficiences motrices :	10,2%
– amputations :	3,4%
– autres :	13,6%

Ainsi, il s'agit le plus souvent de séquelles esthétiques, principalement occasionnées par les accidents domestiques (ex : brûlures profondes et étendues). Ensuite, viennent les séquelles dentaires, qui sont essentiellement dues aux accidents scolaires (dans 61% des cas).

Le tiers de ces enfants porteurs de séquelles souffrent d'une incapacité dans l'accomplissement d'une activité, se traduisant par :

- Dans 50% des cas : difficultés scolaires (retards, redoublements).
- Dans 30% des cas : résistance physique amoindrie à l'effort (ex : lésions des cartilages de conjugaison).

Globalement, 41% de ces enfants suivent un traitement médical.

CHAPITRE II

GENESE DE

L'ACCIDENT DOMESTIQUE

DE L'ENFANT

Il existe plusieurs facteurs de risque en cause dans la genèse des accidents domestiques liés de façon interdépendantes les uns aux autres [31].

Il s'agit des caractéristiques physiologiques et psychologiques propres de l'enfant, de l'entourage humain, de l'environnement matériel et de l'agent responsable.

A/ L'enfant

1. L'âge [4, 31,32]

Bien connaître le développement psychomoteur de son enfant est un élément primordial pour éviter bon nombre d'accidents. Bien souvent, les adultes méconnaissent ce développement et ignorent la rapidité de certaines acquisitions motrices. Ils ne peuvent donc anticiper sur les dangers qui guettent leurs chérubins. La coordination statique et motrice, de même que la préhension et la compréhension passent par différentes étapes. **Chaque période de développement amène donc de nouveaux risques.**

Avant 1 an, le nourrisson est totalement dépendant de l'extérieur. Il est victime de l'environnement et des personnes qui s'occupent de lui. Ces accidents seraient évitables par une conception adaptée de l'environnement et par l'éducation des parents.

De 1 à 3 mois, le nourrisson dort beaucoup. La gesticulation n'est pas coordonnée, il ne peut pas encore soulever sa tête. L'étouffement pendant le sommeil, par un oreiller, une couette ou régurgitation de lait sont des risques potentiels graves.

De 4 à 6 mois, le nourrisson peut se retourner, la préhension apparaît. Les chutes de la table à langer sont fréquentes à cet âge.

De 6 à 9 mois, il va tenir assis progressivement, la préhension est précise. Le nourrisson est exposé aux ingestions et inhalations de corps étrangers, aux noyades dans la baignoire, aux chutes.

De 9 à 12 mois, l'enfant se déplace désormais en rampant ou à quatre pattes. Il se dresse en prenant appui. Désormais, il risque l'ingestion de corps étrangers, les intoxications (plantes, produits ménagers), les brûlures électriques, les chutes de plus grande hauteur, les escaliers.

De 12 à 18 mois, c'est l'apprentissage de la marche. L'enfant acquiert une certaine indépendance. Il explore le monde qui l'entoure par le toucher, le fait de goûter, il porte tout à la bouche.

De 18 mois à 3 ans, l'enfant acquiert de plus en plus d'autonomie. Il est curieux, il veut connaître son nouvel environnement, mais il n'a pas encore conscience du danger. Peu à peu, l'enfant va courir, escalader, ouvrir les portes. C'est la tranche d'âge où le risque domestique est maximal : chutes (à l'origine de plus de 50% des accidents à l'intérieur de la maison) [8,36], brûlures, noyades, intoxications. Aussi, dès l'acquisition de la marche, la surveillance doit être accrue.

Par la suite, **à partir de 4 à 5 ans**, l'enfant, plus autonome, gagne en rapidité de déplacement. Il apprend de nouveaux jeux, la pratique du sport devient accessible (les accidents sportifs et scolaires apparaissent).

D'autre part, pendant ces premières années de forte croissance, l'enfant est instable et malhabile, la partie céphalique est très vulnérable : la tête du tout petit, proportionnellement plus lourde, déplace son centre de gravité vers le haut, et rend son équilibre instable.

L'adresse idéo-motrice n'est acquise qu'après 7 ans.

Enfin, la petite taille, la faible force musculaire et l'immaturité sensorielle, notamment visuelle, sont autant de facteurs de risques d'accident.

2. Le sexe

Le sexe exerce une influence incontestable dans les accidents de l'enfant.

Les résultats de l'enquête EPAC (2002/2003) [22], mettent en évidence une **surreprésentation masculine** : près de 60% de ces accidents surviennent chez les garçons.

D'autre part, lorsque l'on examine le problème de plus près, on s'aperçoit que le sexe prédispose à certains types d'accidents. Par exemple, on retrouve une nette prédominance masculine dans les accidents traumatiques ; de part sa nature, le garçon est plus intrépide, agissant dans un esprit de compétition [35].

En revanche, les filles passant plus de temps auprès de leur mère, généralement dans la cuisine, le risque de brûlure par liquide chaud est plus fréquent chez elles, alors que les brûlures par flammes se voient plus volontiers chez les garçons [35].

3. La personnalité de l'enfant

La personnalité de l'enfant accidenté a été étudiée, notamment dans le cadre d'enquêtes cas/témoin, qui ont montré que l'enfant accidenté serait plus que les autres, anxieux, instable, hyperactif et agressif [31].

Plusieurs auteurs estiment même que le rôle de la personnalité de l'enfant est plus important que celui des facteurs sociaux [31].

B/ L'entourage humain

1. Le manque d'appréciation des risques domestiques

Les adultes n'ont pas toujours conscience du danger représenté par l'environnement domestique.

C'est ainsi que l'enquête Baromètre Santé Adulte 2000 [39] a interrogé les français sur les différents risques ou maladies qu'ils craignent le plus [Tableau 8].

Tableau 8 : Les différents risques ou maladies que les français craignent pour eux-mêmes (%) (Baromètre Santé 2000) [39]

	Adultes de 18 à 75 ans
Accidents de la circulation	63,6
Cancers	57,2
Maladies cardiaques	35,6
Maladies respiratoires	29,4
Maladies liées au tabac	27,1
Sida	21,7
Accidents du travail	26,8
Dépression	22,5
Accidents domestiques	21,5
MST hors Sida	14,9
Accidents de sports et de loisirs	15,6
Accidents à l'école	9,7
Tuberculose	11,9
Maladies liées à l'alcool	10,4
Suicide	8,2

Il persiste encore aujourd'hui dans la population française une **sous-estimation des risques liés aux AD**. En terme de priorité de santé publique, les accidents de la circulation arrivent en 1^{ère} place, et les AD en 9^{ème} position, bien après le cancer, les maladies cardiaques, le Sida et les accidents du travail. On peut penser que l'hétérogénéité des causes des AD est la raison de cette relative indifférence du public, qui y voit une bonne part de fatalité, et non pas un problème de comportement.

2. Les difficultés familiales [31, 36,37]

Certaines situations dans la vie d'une famille pourraient favoriser la survenue de l'accident, et notamment :

- séparation des parents
- famille monoparentale
- le trop jeune âge de la mère
- le décès d'un proche
- maladie, dépression d'un des parents
- nouvelle grossesse ou naissance d'un autre enfant
- les antécédents psychiatriques maternels
- chômage
- déménagement
- le manque de surveillance (famille nombreuse, invités, enfant confié à une personne incompétente : (sœur aînée, grand-mère invalide ...)
- le manque d'autorité et l'éducation des parents : l'enfant outrepassé les interdictions.

3. Le milieu socio-économique et culturel [31,38]

Les familles à **niveau socio-économique bas**, paient une lourde contribution vis-à-vis des accidents domestiques.

En effet plusieurs études européennes font état d'une **surmortalité des enfants des classes défavorisées**. Ainsi, une analyse des données de mortalité en 1991-1993, en Angleterre et au Pays de Galles, indique que chez les enfants de 1 à 4 ans, la mortalité dans la classe sociale V (personnels non qualifiés) est 2,6 fois celle des enfants appartenant à la classe I (professions libérales) [51].

En France, il n'existe pas de données de mortalité des enfants selon la classification socio-professionnelle des parents.

D'autre part, une étude de la littérature sur les relations entre statut économique des familles et accidents des enfants [53] montre comment **les conditions de logement sont sources d'accidents** pour les jeunes enfants :

- ébouillancements par des bassines d'eau chauffées, dans les habitations sans eau chaude courante,
- défenestrations, dans les appartements anciens sans gardes corps aux normes,
- intoxications au monoxyde de carbone liées à des chauffe eau mal raccordés ou des chauffages de fortunes, installations électriques vétustes...

Les familles migrantes sont particulièrement concernées par ce type de logement. Ceci contribue à la surreprésentation des enfants de migrants dans les populations d'enfants victimes d'accidents domestiques.

Dans le cadre de l'enquête de la CNAMTS [44], une analyse spécifique des ADVC chez les enfants appartenant à des familles d'origine étrangère, sur les données de 1987 à 1990, montre un taux légèrement plus élevé que chez les enfants français et surtout, une surmortalité masculine plus marquée.

Aux conditions socio-économiques souvent faibles, s'ajoutent chez les familles migrantes, des **facteurs culturels propres** : problèmes linguistiques (notamment pour lire les conseils de sécurité et autres notices des produits), nombreux enfants dont la garde des plus jeunes est confiée à leurs aînés, souvent jeunes encore pour affronter cette responsabilité ... [40].

Enfin, nous pensons qu'il faut également prendre en compte le coût élevé des dispositifs de sécurité : jouets ou matériel électrique "aux normes", portes de four froides, mitigeurs thermostatiques....

C/ L'environnement matériel et l'agent vulnérant

La société moderne multiplie les risques domestiques et les agents vulnérants sont innombrables.

Dans 88% des cas d'accidents domestiques, un produit au moins est incriminé. Il s'agit le plus souvent des éléments structuraux de la maison, principalement des escaliers et du mobilier [34] [Tableau 9].

Tableau 9 : Produits impliqués dans les accidents domestiques.

(Source CNAMTS)

– Eléments structuraux de la maison et le mobilier	35,2%
– Environnement extérieur du domicile	26,7%
– Contenu et équipement de la maison	31,6%
– Animaux domestiques	6,5%
– Autres produits	5,8%

Ces risques domestiques sont variables selon l'habitat urbain ou rural, selon la région habitée et le climat.

Ainsi, les accidents liés au machinisme agricole sont plus nombreux dans l'ouest de la France (Bretagne), le Limousin, l'Alsace. La surveillance de l'enfant est rendue difficile par un espace d'évolution plus grand, et l'existence de dangers plus nombreux et plus divers (puits, animaux, machines agricoles, pesticides, engrais ...). La difficulté réside dans la juxtaposition du milieu domestique familial et du milieu professionnel. La mortalité accidentelle en milieu agricole est plus élevée que la moyenne nationale [41].

Les enfants victimes d'incendie résident surtout dans les régions fortement urbanisées, comme le Nord Pas-de-Calais, l'Ile de France, le couloir Rhodanien [17].

Les noyades en piscine sont plus fréquentes en région Provence – Côte d'Azur, et au sud de la Loire [25].

Retenons que tout objet conçu pour le monde des adultes devient potentiellement dangereux en présence d'un enfant.

Il apparaît ainsi que la survenue d'un accident résulte d'une conjonction multifactorielle sur laquelle la prévention peut s'exercer à différents niveaux, l'agent vulnérant ne tenant finalement que le dernier rôle.

Chapitre III

EVOLUTION ACTUELLE DES DIFFERENTS TYPES D'ACCIDENTS DOMESTIQUES

Parmi la diversité des causes possibles de survenue d'accidents domestiques, il existe des risques domestiques en repli (grâce notamment à des normalisations, des réglementations et une éducation au risque domestique), mais il existe aussi des risques constants, et des risques domestiques en augmentation (d'après Jean Lavaud) [1,2,3].

Ces derniers que l'on peut qualifier de " nouveaux accidents " nous rappellent que l'évolution des risques suit l'évolution des techniques et des comportements.

A / Les accidents domestiques en repli

1. Les écrasements par les portes de garage automatiques

La gravité de ces accidents est liée au fait que les enfants sont écrasés au niveau du tronc, de la tête ou du cou, le corps de l'enfant arrêtant le mouvement de fermeture ou d'ouverture de la porte. Les conséquences sont graves : décès, encéphalopathie séquellaire....

En 1987, diverses mesures sont mises en place : affichettes autocollantes mises à la disposition des collectivités, des propriétaires et gérants d'immeubles, avertissant les utilisateurs du danger potentiel de ces portes. D'autre part, des normes de sécurité ont été définies par l'Association Française de Normalisation (l'AFNOR) et une réglementation obligeant à les respecter s'est mise en place rapidement (loi de juin 1988). L'obligation par décret d'installer un système de sécurité de blocage pour les portes automatiques de garage a permis de diminuer ce type d'accident [4].

2. Les noyades dans la baignoire

Ces noyades par accident de baignoires concernent surtout les nourrissons de moins de 12 mois. Tout enfant peut se noyer dans 20 cm d'eau à cause de quelques minutes d'inattention.

La population a probablement été sensibilisée par les diverses campagnes de prévention organisées à ce sujet.

3. Les ingestions accidentelles de soude caustique

Il s'agit en particulier du produit "DESTOP", dont la présentation fut modifiée en 1981 par l'adjonction de bouchons d'ouverture de sécurité.

Cette réglementation a permis une chute de 75% de ces intoxications particulièrement graves.

4. Les brûlures par barbecue

L'enquête EPAC 2002/2003 [22], comptabilise un petit effectif d'AD impliquant un barbecue (74 cas). Sur ces 74 personnes, 42 % avaient moins de 10 ans.

Les brûlures causées par les barbecues sont souvent profondes et étendues.

Il faut donc être prudent avec :

- les barbecues d'intérieur, électriques, qui possèdent un bac d'eau brûlante destiné à recevoir les graisses et qui peut se renverser,
- les barbecues d'extérieur, qui doivent être stables, sans enfant à proximité, et sans utilisation intempestive de produits inflammables et explosifs comme l'alcool à brûler [63].

B / Les accidents domestiques constants

1. Les intoxications

a) Les intoxications médicamenteuses

Ces intoxications représentent toujours plus d'une intoxication sur deux, surtout chez l'enfant de 1 à 5 ans (80% des cas). Leur gravité est faible (7 décès en 1994) car dans 80% des cas, un adulte est présent lorsque l'enfant s'intoxique. Un quart seulement des enfants sont hospitalisés [4].

Sachant qu'il existe en France une très forte consommation de tranquillisants, d'antidépresseurs, on n'est pas étonné de les voir venir en tête des prises accidentelles par les enfants. Il convient aussi de mentionner les antihistaminiques, les antitussifs, l'aspirine, les tonicardiaques et antiarythmiques, les corticoïdes, la quinine, etc...

Constat éloquent : en France, un foyer sur quatre seulement possède une armoire à pharmacie hors de la portée des enfants et fermée à clé.

b) Les produits ménagers

Ils constituent 25% des intoxications accidentelles de l'enfant (15000 cas annuels) [4].

Leur gravité dépend du caractère caustique des produits. Les produits ménagers se divisent en deux grandes catégories :

- les substances simplement irritantes pour l'intestin, et peu dangereuses : eau de Javel diluée, produits de vaisselle ou de lessive à la main.
- les caustiques, produits fortement basiques ou acides, très dangereux. Il s'agit des déboucheurs de canalisations (contenant jusqu'à 30% de soude

caustique), des produits décapants pour le four, de l'eau de Javel concentrée, les produits détachants... [4,6]

Quant aux accidents occasionnés par les poudres de machines à laver la vaisselle, ils sont en augmentation comme nous le verrons dans un paragraphe ultérieur. Leur ingestion provoque de graves lésions des muqueuses digestives entraînant souvent des perforations et nécessite parfois une chirurgie lourde et séquelleire.

Depuis 1992, tous les produits toxiques et corrosifs doivent être munis d'un système de fermeture à l'épreuve des enfants de moins de 4 ans.

Le danger vient souvent du fait que le produit est transvasé dans un récipient anodin, à portée de main des enfants. Le toxique est sous l'évier dans un foyer sur deux, transvasé dans 50% des cas.

c) Le monoxyde de carbone (CO)

L'intoxication aiguë par le CO est la première cause de décès accidentel par empoisonnement en France.

Le CO est un gaz inodore, incolore, très diffusible. L'intoxication survient sournoisement. Il s'agit le plus souvent d'une intoxication collective ou familiale (15% des cas concernent les enfants), provoquée par la combustion incomplète d'un combustible, avec dégagement d'une grande quantité de CO [4].

Les causes sont variées : fonctionnement défectueux d'un petit chauffe-eau ou d'appareils mobiles de chauffage d'appoint, moyens de chauffage de fortune, incendies (5%), gaz d'échappement des véhicules automobiles (garage).

Des mesures de prévention existent :

- acheter des appareils de production d'eau chaude respectant les normes françaises (estampille NF) et possédant des systèmes de sécurité de flamme ou d'arrêt de l'appareil en cas d'émanation anormale de CO (arrêté de 1977),
- faire entretenir les appareils de chauffage ou d'eau chaude par un professionnel qualifié (entretien des chaudière au minimum une fois/ an),
- veiller à entretenir les ventilations et à les laisser libres et dégagées...

d) Les plantes d'appartement et de jardin

Elles représentent 11% des intoxications entre 1 et 5 ans. Nombre de plantes et de végétaux recèlent de produits actifs responsables d'allergie, de troubles digestifs, cardiovasculaires, neurologiques ou rénaux.

En appartement, la plante la plus répandue et la plus allergisante est le "Diffenbacia picta" qui exsude un suc très allergisant.

Les plantes du jardin peuvent également être toxiques. Citons le muguet, le laurier rose, la digitale pourpre, le cytise, la glycine, les graines de pois de senteur, occasionnant des troubles digestifs et cardiaques. Les baies aux couleurs vives mais toxiques attirent les enfants : les baies rouges du houx, du chèvrefeuille, les baies blanches du gui, les baies noires de la vigne vierge, du lierre, de la belladone [4,7].

2. Les chutes

Elles constituent de loin le mécanisme le plus fréquent à l'origine d'un accident domestique (57%) chez les enfants de 0 à 16 ans [22,44]. Cliniquement, on peut aller de la simple plaie ou contusion jusqu'au polytraumatisme.

Chez le nourrisson de moins de 12 mois, les chutes se font à partir de la table à langer, de la chaise haute, d'une poussette, du trotteur, des bras d'un adulte ou d'un grand enfant. Le plus souvent ces chutes sont bénignes, mais dans de rares cas, il existe un traumatisme crânien (TC) grave. 1 enfant traumatisé crânien sur 100 sera hospitalisé [4].

A partir de l'âge de la marche, le danger est représenté par des chutes d'une plus grande hauteur, et en particulier :

- Les défenestrations : elles représentent environ 200 enfants chaque année. Sa gravité est extrême : décès (20%) souvent immédiats, enfants définitivement et gravement handicapés (25%).

La prévention repose évidemment sur la surveillance accrue des parents, surtout dans les pièces où les fenêtres sont ouvertes, et sur des systèmes de sécurité comme le système Butak. La manœuvre d'ouverture est alors impossible à réaliser pour un enfant de moins de 4 ans.

- Les chutes d'escaliers, de lits superposés, d'arbres : tous les enfants peuvent être touchés, mais surtout les grands de plus de 8 ans. Là encore, les TC sont fréquents, mais ils sont presque toujours associés à des fractures des membres supérieurs et/ou inférieurs [4].

3. Pénétration d'un corps étranger

a) Dans le tube digestif

Ils sont dix fois plus nombreux que tous les autres, mais le plus souvent peu graves (en dehors de l'absorption de plantes et de piles boutons que nous verrons plus loin).

b) Dans l'arbre trachéo-bronchique

500 à 1000 cas annuels ayant nécessité une prise en charge médicale sont recensés, dont la moitié est représentée par la cacahuète, et un quart par d'autres corps végétaux (pistache, noix, noisette, maïs, petits pois...).

Les résultats de l'enquête EPAC 1999-2001 [8], rapportent aussi que les produits fréquents à l'origine d'accidents de suffocation sont les pièces de monnaie, les billes, les jouets...

Ces accidents concernent essentiellement les enfants de moins de 4 ans (80% des inhalations de corps étrangers) entre l'âge de la préhension manuelle et celui d'une mastication correctement structurée [9].

c) Dans les cavités naturelles

Ce peut être le nez, l'oreille, l'œil, le vagin [4].

4. Les brûlures

Les brûlures domestiques de l'enfant représentent plus de 3000 cas par an, 1000 hospitalisations par an, et 50 à 55 décès chaque année (décès liés en majorité aux incendies d'habitation) [63].

1 fois sur 5, elles surviennent chez les enfants de moins de 5 ans.

85% des accidents par brûlures surviennent dans la maison, dont près de la moitié dans la cuisine [22, 62].

Les brûlures par liquides chauds sont les plus fréquentes (51%). Elles se font en général, par aspersion dans la cuisine (eau chaude, thé, café, soupe...) ou par immersion dans la salle de bain (eau > 50°C) [4].

8,7% des brûlures sont causées par les flammes (en majorité lors d'incendies) [11].

C'est un accident grave qui entraîne un taux d'hospitalisation élevé, une durée moyenne de séjour longue, et une prise en charge ultérieure dans plus de la moitié des cas.

Près d'un enfant brûlé sur trois garde des séquelles motrices, fonctionnelles, psychiques et/ou esthétiques.

Nous développerons davantage ce thème dans un chapitre ultérieur sur les nouveaux aspects des brûlures.

C / Les nouveaux accidents domestiques [1,3]

1. Les poudres de machines à laver la vaisselle

Ces poudres sont très caustiques par leur pH aux environs de 13. Elles provoquent les mêmes lésions bucco-pharyngo-laryngées et oesophago-gastriques que la soude caustique, sans en être.

L'intoxication survient le plus souvent lors de l'utilisation du produit de lavage par l'adulte et le remplissage de la machine à laver. Le conditionnement est alors ouvert lors de la manœuvre, et la mesurette - doseur est bien tentante pour les petites mains exploratrices, comme la poudre d'ailleurs, dans laquelle on plonge les doigts.

Ce type d'intoxication est en pleine expansion parallèlement au taux d'accroissement annuel de l'équipement des ménages en machines à laver la vaisselle (2% de hausse par an).

Les fabricants, après concertation avec les services médicaux et les ministères, ont dès 1989 introduit des systèmes de fermeture à l'épreuve des enfants de moins de 4 ans, sans attendre l'obligation réglementaire, en place depuis juin 1992, pour les produits caustiques ou très dangereux.

2. Les nouveaux aspects des brûlures

a) Brûlures par four à micro-ondes

Il faut certes vivre avec son temps, mais l'utilisation de certains équipements électroménagers permet de mettre en lumière des accidents pervers aux dépens d'enfants, qui en sont les victimes innocentes. Les fours à micro-ondes font partie de cette catégorie. La méconnaissance par le public de la méthode de chauffage des aliments explique de graves brûlures oropharyngées et de la bouche oesophagienne chez les nourrissons [12].

Souvent, il s'agit de "fin" de biberon réchauffé. Fait trompeur, le biberon peut être froid ou à peine tiède alors que le lait à l'intérieur est brûlant.

Un simple test de la température effective du lait, en se laissant couler une goutte sur la paume de la main, suffit à éviter un tel accident !

b) Les bombes aérosols

Les fabricants de bombes aérosols utilisaient le chlorofluorocarbone CFC comme gaz propulseur, mais ce gaz a une action délétère pour la couche d'ozone.

Pour des raisons écologiques, certains industriels utilisent donc des gaz inflammables (butane / propane). Les bombes aérosols n'ont jamais aussi bien mérité leur nom de bombe !

En cas d'explosion, les blessures sont graves :

- brûlures cutanées profondes, localisées à la face et aux mains,
- inhalation de gaz chauds pouvant induire une détresse respiratoire aiguë,
- effet de souffle pouvant provoquer des lésions tympaniques [13].

Le législateur en voulant supprimer un risque en a induit un second.

c) Cuisine, trotteurs et brûlures

La cuisine est de loin la pièce la plus dangereuse pour les brûlures. Portes de four, plaques chauffantes, queues de casseroles qui dépassent, friteuse, cafetière, plats chauds, les rencontres avec une source de chaleur sont multiples.

Si en plus l'enfant en bas âge bénéficie d'une mobilité anticipée, non contrôlée notamment grâce au trotteur, le risque est surmultiplié. On peut s'attendre alors à la main posée sur la plaque du four, ou au fil électrique de la cafetière ou bouilloire, tiré, qui entraîne une douche brûlante [14,15].

Et pourtant les solutions matérielles existent pour limiter les risques thermiques :

- grilles de protection à installer autour des feux et sur la porte du four,
- four à "porte froide",

- système de verrouillage de certaines tables de cuisson en vitrocéramiques...

Il est donc important de ne pas négliger les principes de sécurité de base, et surtout veiller à maintenir une surveillance étroite de l'enfant, même occupé(e) en cuisine.

d) Incendie et inhalation de fumées

Les incendies de maison sont une cause de mortalité importante pour les enfants de 0 à 4 ans : 100 décès environ par an. La carbonisation est responsable du décès dans 20 à 50% des cas.

L'inhalation de fumées est fréquente (60% des enfants brûlés ont inhalé des fumées), et provoque des intoxications par le monoxyde de carbone CO (50% des cas) et par les produits cyanurés CN (6% des cas) [17, 18, 19, 20].

Quatre facteurs concourent à l'exposition des enfants aux fumées toxiques :

- par sa tachypnée physiologique, l'enfant s'expose aux gaz de combustions, aux suies et goudrons,
- son faible diamètre bronchique augmente le risque d'encombrement des voies aériennes,
- par un comportement particulier face au danger, l'enfant se blottit dans un endroit "sécurisant" : armoire, sous le lit. Il se protège ainsi des défenestrations chez l'adulte, mais prolonge son exposition aux fumées,
- étant souvent responsable de l'incendie, l'enfant est exposé dès les premiers instants.

L'enfant brûlé nécessite une prise en charge médicochirurgicale précoce, le plus souvent dans les services spécialisés des grands brûlés. Le séjour hospitalier est long, marqué par des soins douloureux. Les séquelles chez les grands brûlés sont fréquentes (44% ont une IPP).

Enfin, l'incidence économique de ces accidents est très lourde en raison de la consommation intensive de soins lourds. Cet aspect place actuellement les brûlures au centre des campagnes de prévention.

Des mesures de prévention simple existent pourtant :

- ne jamais laisser de jeunes enfants seuls à la maison ! Et mettre hors de leur portée tout produit inflammable ou générateur de feu (briquet, allumettes),
- ramoner les cheminées, installer des pare-feu devant la cheminée,
- s'assurer de la conformité de son réseau électrique,
- respecter les précautions d'emploi des produits inflammables,
- etc...

e) Les ingestions de piles boutons

La multiplication des jouets électroniques, du matériel audio-visuel et d'horlogerie utilisant les piles miniaturisées entraîne le risque de plus en plus fréquent d'absorption de ces piles [21].

Le danger vient de la libération de produits toxiques et corrosifs (mercure, zinc, argent), sous l'action des sucs digestifs, qui attaquent la paroi digestive provoquant brûlures, ischémie voire perforation digestive [1,4].

En général sans gravité sur plusieurs milliers de cas recensés, des décès par ingestion de piles miniaturisées ont été observés à plusieurs reprises.

f) Les cosmétiques

Les produits cosmétiques constituent 9% des appels au centre anti-poison de Paris. Certains d'entre eux contiennent de l'acétone (masque de beauté, vernis à ongles), du formol, de l'alcool méthylique (dépilatoires), qui sont des produits dangereux. Les eaux de toilettes et les parfums peuvent entraîner des intoxications éthyliques aiguës.

Les bains moussants, savons et shampooings représentent un risque accidentel d'asphyxie par la mousse produite, envahissant les voies aériennes supérieures [4].

Comme les médicaments, les cosmétiques doivent être enfermés dans une armoire ou un placard de toilette possédant un système de fermeture efficace.

g) Les morsures d'animaux

Les morsures d'animaux, et notamment des chiens, sont en constante augmentation depuis des années.

On estime que chaque année, un peu plus de 250 000 enfants sont mordus par des chiens en France [29].

Sur l'ensemble des morsures de chiens, 47% surviennent chez les jeunes de moins de 15 ans, dont 20% chez les enfants entre 1 et 5 ans [22].

Ce problème est inquiétant lorsque l'on sait que les morsures sont d'autant plus graves que l'enfant est plus jeune (il y a entre 3 et 4 fois plus d'hospitalisations pour des enfants de moins de 10 ans que pour des enfants plus âgés ou des adultes) [22,23].

En effet, les morsures d'enfants vont laisser des séquelles non seulement psychologiques mais également physiques plus importantes puisqu'elles sont portées en priorité à la tête et plus particulièrement au visage.

Enfin, on estime que lorsqu'il s'agit d'enfants, le chien est un familier dans plus de la moitié des cas [24].

h) Les noyades en piscines privées

En France, la noyade représente la première cause de décès accidentel chez les enfants de 1 à 15 ans.

La noyade en baignoire qui touche essentiellement le nourrisson et le très jeune enfant a connu une nette diminution ces deux dernières décennies, grâce à une information soutenue.

A l'inverse, on déplore une recrudescence des noyades en piscines privées. L'enquête NOYADES 2003 [25] a recensé au cours de l'été 2003, 1154 victimes de noyade accidentelle, dont 12% en piscines privées familiales. Parmi les victimes, les enfants de moins de 6 ans sont les plus touchés (49%). Il s'agit d'un garçon 3 fois sur 4 qui ne sait pas nager (34% des cas), qui a chuté (29%), non surveillé (23%).

Afin de réduire le nombre de noyades en piscines privées, la loi du 3 janvier 2003 a rendu obligatoire l'installation d'un dispositif de sécurité normalisé autour des piscines privées [26,27].

CHAPITRE IV

LA PREVENTION

Il existe en France un dispositif potentiellement puissant en matière de prévention des accidents domestiques, avec de nombreuses actions d'éducation pour la santé, des normes réglementaires strictes dans le domaine de l'enfance, des lois et des règlements.

Les stratégies de prévention comportent deux composantes principales :

- **La prévention dite "passive"**. Elle a pour objectif de modifier l'environnement de l'enfant afin de le rendre plus sûr. Le principal outil demeure la normalisation des produits et services, par voie réglementaire ou non.

- **La prévention dite "active"**. Elle repose principalement sur l'information et l'éducation au risque et à la sécurité. Elle vise à modifier les comportements des enfants, de leurs parents, et de toute personne responsable d'enfants afin d'avoir une attitude adéquate face aux risques domestiques. Tout le monde doit se sentir impliqué.

A/ La prévention passive

D'une façon générale, la réglementation en matière de sécurité d'installation et des produits, est rigoureuse en France.

La plupart des articles suivants : équipements électriques, de puériculture, jouets, etc, répondent aux Normes Françaises (NF), elles-mêmes définies par l'Association Française de Normalisation (AFNOR). Ces normes sont souvent plus strictes que les normes européennes (CE) [31].

En France, la loi du 21 juillet 1983, dite « loi de sécurité des consommateurs » est extrêmement protectrice [Annexe 10]. Elle impose aux fabricants d'assurer la sécurité de leurs produits et services. Des contrôles sont effectués par la Direction Générale de la Consommation, de la Concurrence et de la Répression des Fraudes [Annexe 6]. En cas de non respect, les pouvoirs publics peuvent sanctionner, interdire ou réglementer la fabrication de ces produits [45].

Il est important de souligner que la décroissance marquée de la mortalité des enfants par ADVC observées après 1980 a été associée à la mise en œuvre de ces mesures.

D'autres organismes ou institutions peuvent également être impliqués :

- la Commission de Sécurité des Consommateurs (CSC) créée par la loi du 21 juillet 1983 [Annexe 11],
- le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES),
- les associations de consommateurs locales ou régionales,
- l'Institut National de la Consommation (INC),
- les ministères concernés (Santé, Industrie, Intérieur, le Secrétariat d'État à la Consommation).

Certaines études étrangères ont démontré que les **stratégies passives (qui augmentent la sécurité par la normalisation) seraient plus efficaces** que l'éducation et l'information. Dans les années 1980 aux États-Unis, Susan Baker, prenant comme exemple l'intoxication accidentelle d'enfant, indiquait que l'on obtenait un maximum de protection de l'enfant lorsque l'effort requis était nul [56]. Ainsi le conditionnement d'un médicament en flacon contenant une dose totale inférieure à la dose toxique ne nécessitera pas d'autre effort que la limitation de l'achat à un seul flacon : même si l'enfant l'avale en entier, il ne lui arrivera rien.

D'autre part, les stratégies passives sont d'autant plus efficaces, que **les normes sont réglementaires**. En Angleterre, la promulgation du "Child Resistant Packaging Act", à la fin de l'année 1975, a rendu obligatoires les conditionnements de sécurité pour les médicaments. A suivi, un très rapide déclin des intoxications mortelles à l'aspirine chez les enfants de moins de 5 ans [55].

C'est ainsi qu'en France, de réels progrès ont été réalisés pour certains articles particulièrement dangereux pour les enfants [31]. Nous citerons quelques exemples :

- la nouvelle présentation des déboucheurs d'évier à base de soude caustique : adjonction d'ammoniaque (odeur repoussante), et bouchon de sécurité dévissageur-pressoir,
- les normes de sécurité des logements au moment de la construction (ex : conformité de l'installation électrique),
- la suppression du plomb dans la peinture pour intérieur, mobilier et jouets...,
- l'installation de barrières autour des piscines privées avec un accès conforme aux normes de sécurité (loi du 3 janvier 2003),
- l'adoption d'une loi le 12 octobre 2005, imposant aux propriétaires de locaux d'habitation, aux organismes de tutelle et aux gestionnaires d'immeubles collectifs, l'installation de détecteurs avertisseurs autonomes de fumée dans les maisons et appartements.

A l'étranger également, la voie réglementaire a fait ses preuves. Nous pouvons ici citer plusieurs exemples [31] :

- les réglementations américaines imposant de ne conditionner que des doses subtoxiques de médicaments, afin de rendre impossible toute intoxication grave de l'enfant, même en cas d'ingestion accidentelle,
- dans certains états américains, les législations ont démontré l'efficacité de l'abaissement de la température de l'eau chaude des robinets en dessous d'un seuil dangereux pour la peau, même lors d'un contact bref,
- aux USA, l'interdiction de vendre des briquets non sécurisés depuis 1995, a permis une réduction de 60% des incendies, blessures et décès dus à des jeunes enfants qui manipulent ces objets dangereux. A ce propos, la Commission Européenne va mettre en place très prochainement une législation imposant la commercialisation de briquets munis d'un dispositif de sécurité enfants [50].

Malheureusement, toutes les normes ne sont pas réglementaires, notamment dans les domaines concernant l'enfant, comme le casque pour cycliste ou l'emballage des médicaments. En France, il est possible de conditionner les médicaments sous plaquettes, sous blister, mais aussi en vrac dans un tube, comme c'est le cas pour les tranquillisants les plus largement prescrits...

B/ La prévention active

1. Les moyens d'éducation et d'information de l'entourage

a) Les professionnels de santé, et en particulier le médecin généraliste

Ils ont un rôle essentiel dans ce domaine. Leur action ne se limite pas à « réparer », mais vise à rendre plus sûres les conditions de vie des enfants, et à informer les parents.

Ce n'est d'ailleurs pas une tâche facile, car il faut éviter d'être anxiogène et culpabilisant, tout en étant suffisamment objectif et convaincant.

Que se soit avec le médecin traitant ou la PMI, les consultations à domicile sont une excellente occasion d'expliquer aux familles, dans des situations concrètes, les risques liés au développement psychomoteur normal de leur enfant. Ainsi, il faut leur faire comprendre, que les deux premières années de vie, la surveillance est la première règle de prévention. Ensuite ils adopteront une pédagogie plus active, visant à apprendre à l'enfant à maîtriser les risques.

Les consultations au cabinet sont également l'occasion de prodiguer des conseils. Le carnet de santé, peut alors servir de support pour un dialogue régulier entre le médecin et les parents. Dans le dernier modèle 2006 du carnet de santé, il existe de nombreux repères du développement de l'enfant et de l'adolescent, qui peuvent amener les parents à poser des questions. On y trouve également des messages de prévention des AD, accompagnés d'illustrations [49] [Annexe 9].

Et n'oublions pas les pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes et travailleurs sociaux, qui sont au contact des enfants et de leur famille, et peuvent être amenés à conseiller sur les risques domestiques.

b) Les campagnes de prévention

Que ce soit par le biais de méthodes audiovisuelles, de brochures, de reportages dans la presse familiale et spécialisée, c'est bien un objectif commun qui est visé : apprendre aux parents à avoir les bons réflexes, mais aussi inciter éducateurs, médecins, pharmaciens, distributeurs... à s'impliquer davantage dans la prévention à tous les échelons.

En 1982, est lancée la première campagne nationale de sensibilisation et d'éducation, à l'initiative du CFES, sur le thème : « Avec l'enfant, vivons la sécurité ».

Depuis, de nombreuses autres campagnes ont été menées. Nous citerons ici quelques unes des plus récentes :

- Jun 2001 : lancement de la campagne de prévention des noyades en « piscines privées et autres points d'eau ».

Ce projet a été mis en place par la DGS, le Ministère de l'Intérieur et la CSC. Se sont joint également le Ministère de la Jeunesse et des Sports, le CFES, la Fédération Nationale des Constructeurs d'équipements et de Loisirs. Les trois grands organismes de formation aux premiers secours (Croix-Rouge, Protection

civile et Sapeurs-pompiers) se sont tous engagés à relayer la campagne et à diffuser le dépliant au niveau local.

- Octobre 2001 : lancement d'une campagne de prévention sur les incendies domestiques.

Par cette campagne et par l'intermédiaire de dépliants et d'affichettes, le Ministère chargé de la Santé et tous ses partenaires souhaitent conseiller sur les conséquences des incendies, comment les éviter, comment s'en protéger, et avoir les bons réflexes. L'efficacité est le principe majeur de cette campagne.

- Novembre 2004 : lancement d'une campagne nationale d'information et de sensibilisation sur les risques liés aux installations électriques vétustes.

Le GRESEL (Groupe de Réflexion sur la Sécurité Electrique dans le Logement), s'est fixé pour objectif de contribuer à faire diminuer le nombre d'incendies et d'AD d'origine électrique en France. Cette campagne se fait par le biais d'actions d'information auprès des médias, par la diffusion de brochures, et par la mise en ligne sur www.gresel.org d'une plate-forme d'information destinée au grand public et répondant aux questions essentielles sur la sécurité des installations électriques.

- Mars 2005 : lancement d'une campagne télévisuelle de prévention des accidents domestiques.

Montrer le danger pour mieux évaluer les risques et visualiser les réflexes à adopter, tel est le parti pris de cette campagne intitulée : « La maison de Victor et Léa, petits réflexes à suivre ». Elle se décline en 15 films dont la diffusion a été programmée chaque samedi de mars à juillet, puis de septembre à décembre 2005 à 14h sur TF1.

- Hiver 2005/2006 : Chaque année, dès les premiers froids, une nouvelle campagne de prévention et d'information sur les risques d'intoxication au monoxyde de carbone est lancée.

Plusieurs partenaires s'y associent : les pouvoirs publics, les distributeurs d'énergie, les constructeurs, les installateurs ... La dernière campagne reposait sur trois vecteurs :

- . la diffusion d'un spot radio en partenariat avec les stations France Bleue Régions et quatre autres stations. Ce spot de 30 secondes insiste sur deux conseils simples : l'entretien des appareils de chauffage ou d'eau chaude, et la bonne ventilation des locaux,
- . une carte postale tirée à 2 millions exemplaires pour sensibiliser le grand public par un visuel,
- . une affiche tirée à 100000 exemplaires, qui reprend le visuel et les conseils de prévention de la carte postale.

Cependant, ce type de campagnes, limité à l'éducation sanitaire semble insuffisant. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, dès les années 1970, une expérience portant sur le rangement des produits dangereux dans les foyers, a été menée [57]. Les familles du groupe « expérimental » avaient reçu des informations sur certains produits dangereux (produits ménagers, médicaments, etc...). La comparaison de ce groupe au groupe « contrôle », quant au rangement des produits dangereux, n'a pas retrouvé de différence. Ceci démontre le manque d'efficacité de ce type de stratégie.

En revanche, d'autres études ont montré que l'efficacité de ce type de campagnes d'information pouvait être **renforcée** par une approche individuelle, en particulier au domicile des familles. Les actions de terrain sont au centre de cette stratégie.

c) Les actions de terrain

-Les programmes de proximité : l'exemple de la ville de Boulogne-Billancourt

La Cnamts et le CFES ont décidé en 2000, de remettre une trousse de prévention des accidents d'enfants dans les familles, de l'implanter sur un site pilote français et d'en mener l'évaluation [58].

Cent familles de quatre villes du département des Hauts-de-Seine (dont Boulogne-Billancourt) ont été sélectionnées pour recevoir à leur domicile la visite d'une puéricultrice de PMI, lorsque l'enfant était âgé de 6 à 9 mois. Ces familles ont été réparties en deux groupes par tirage au sort :

- 50 familles (groupe 1) ont reçu lors de la première visite à domicile, outre les conseils habituels, une trousse contenant des dispositifs sécuritaires et des dépliants d'information sur les risques d'AD, ainsi que la façon de les prévenir.
- Les 50 autres familles (groupe 2) n'ont pas reçu la trousse mais seulement des conseils d'information et de prévention habituels.

Deux visites ont été organisées dans les 2 groupes.

Composée de divers moyens simples de prévention, cette trousse s'intéresse à la prévention des intoxications, des brûlures, des électrocutions, des noyades et des strangulations.

Les résultats ont révélé qu'entre les 2 visites, le pourcentage d'amélioration a été significativement plus grand dans le groupe 1 (avec trousse), concernant notamment les risques de chutes, les risques liés au feu et aux brûlures, les risques d'intoxication et d'asphyxie.

L'évaluation récente de cette expérience, a montré **l'importance des visites à domicile, des conseils donnés dans le cadre de vie de la famille, et de la gratuité des dispositifs de sécurité**. Les familles ont modifié leur comportement et aménagé leur appartement en vue de plus de sécurité, même pour des risques qui n'étaient pas couverts par la trousse.

Cette étude, a retrouvé des résultats publiés en Angleterre il y a 20 ans [64] !

-La cuisine géante

L'exposition de la « cuisine géante » est une approche intéressante, ludique et très concrète de la prévention des AD pouvant survenir dans la cuisine [38].

Cette cuisine surdimensionnée pour les adultes, équivaut à une cuisine normale pour des enfants de 2 à 3 ans.

C'est donc une pédagogie spectaculaire qui permet aux parents de mieux repérer les sources d'accidents, et de prévoir des modifications. Ensuite, des discussions entre les visiteurs et les intervenants permettent de préciser les risques domestiques dans leur ensemble [46].

2. Les moyens d'éducation et d'information de l'enfant

a) Les parents, la famille

La famille constitue le premier entourage de l'enfant, et occupe ainsi une place prépondérante dans la prévention des accidents domestiques. Les risques doivent être évalués en fonction du stade de développement psychomoteur et sensoriel de l'enfant :

- jusqu'à 2 ans, la dépendance est importante, et c'est le comportement des parents qui permet d'assurer une protection à l'enfant,
- au-delà, il faut éduquer l'enfant au risque. Cela ne signifie pas que sa curiosité et son initiative seront atténuées. Au contraire, c'est l'éveiller à ses limites et le préparer à des risques nouveaux, c'est accompagner son épanouissement de mises en garde qu'il doit intégrer dans sa propre expérience [31].

Or, les attitudes de prévention efficaces, qui se situent entre l'interdiction et le laxisme, ne sont pas toujours aisées à acquérir.

***b) L'école* [47,48]**

Depuis 1983 (Décret n° 83-896 du 4 octobre 1983), les enseignants doivent introduire dans leur programme un enseignement concernant les accidents des enfants, à tous les niveaux scolaires.

Pour cela il existe divers jeux pédagogiques [Annexe 12] qui visent, non seulement à modifier les comportements à risque des enfants, mais aussi à transmettre leur nouveau savoir aux adultes de leur entourage. Nous pouvons citer à titre d'exemple :

- ⇒ « Badaboum et Garatoi » (destiné aux enfants de maternelle et CP). Les marottes contenues dans ce coffret permettent d'organiser des animations autour des aventures de Badaboum, symbole de la turbulence, et de Garatoi, qui intervient pour rappeler les règles du bon sens et de la sécurité.
- ⇒ « Maison, Bobo ? » est un jeu collectif classique destiné aux enfants de la grande section maternelle jusqu'aux CM1. Il se présente sous la forme de 9 panneaux illustrés de dessins mettant en scène diverses situations à risques, à la maison ou à l'extérieur. Les élèves doivent ainsi retrouver les dangers possibles.
- ⇒ Le Cd-rom « La maison de Tête en Bois » destiné aux enfants de 4 à 7 ans.

3. Les moyens physiques : les accessoires de protection [4]

Les accessoires de protection peuvent jouer un rôle non négligeable dans la prévention des AD. En particulier ceux dont sont victimes les enfants de 1 à 5 ans, qui, accédant à un déplacement de plus en plus autonome, n'ont pas encore un développement psychomoteur suffisant pour prévoir le danger.

Si les accessoires améliorent la sécurité d'une habitation, ils ne peuvent suppléer la vigilance des parents, ni remplacer une éducation à la sécurité active : c'est la reconnaissance des divers risques domestiques et l'apprentissage des bons

comportements qui permettent à l'enfant de devenir acteur de sa propre sécurité et d'accéder à une véritable autonomie.

De ce point de vue, les accessoires de protection peuvent être les éléments fondateurs d'une pédagogie active face aux risques.

Leurs présences sont de véritables indicateurs de dangers, et à ce titre, ils peuvent être utilisés comme supports pédagogiques par les adultes.

Une barrière de cuisinière est nécessaire pour éviter les brûlures graves aux séquelles invalidantes. Sa présence doit permettre aux parents de faire découvrir à l'enfant tout ce qui peut être chaud dans une maison, ainsi que les comportements de prévention les plus adaptés à chaque cas à chaque âge.

L'efficacité d'un accessoire de protection repose sur sa bonne utilisation !

En 15 ans, la gamme des accessoires de protection pour jeunes enfants s'est diversifiée et améliorée en terme d'efficacité et de facilité d'utilisation.

Nous pouvons citer comme exemples :

- Les protections pour fenêtres, portes, tiroirs, placards
- Les gardes corps
- Les barrières de cuisinière ou plaque de cuisson et four
- Les prises à éclipses
- Les barrières d'escaliers
- Les détecteurs de fumée et de CO
- Les barrières pour piscine privée, etc...

C/ Les obstacles de la prévention

Les obstacles qui viennent freiner l'efficacité du dispositif préventif français semblent nombreux [65,66].

Nous pouvons citer :

- La complexité du cadre institutionnel de la prévention des accidents de l'enfant impliquant de façon variable de très nombreux organismes, de façon isolée ou en partenariat.

- Le caractère peu « motivant » des accidents d'enfants pour les promoteurs de la prévention, du fait de leur aspect « banal et quotidien », et du caractère multisectoriel du problème.

- Les carences dans la connaissance des accidents, de leurs circonstances et de leurs victimes (les sources épidémiologiques sont trop peu nombreuses).

- Le manque de connaissance des expériences étrangères et de leurs résultats. Et pourtant, la mauvaise situation de la France (en terme de mortalité accidentelle de l'enfant), par comparaison avec des pays voisins sur le plan socio-économique, suggère des carences dans la conception et /ou dans la mise en œuvre des actions préventives.

- Le manque d'évaluation des actions de prévention.

- Le caractère non réglementaire de certaines normes.

- Les difficultés à faire appliquer certaines réglementations par les usagers dès lors qu'il faudrait intervenir dans la sphère privée.

- La mise en place de stratégies et d'outils peu adaptés aux populations les plus à risque (utilisation de plus en plus fréquente des supports informatiques, coût élevé des dispositifs de sécurité même s'ils sont obligatoires).

D/ Les orientations à prendre [65,66]

1. Au niveau des concepts et des décisions

- Préférer la protection passive quand c'est possible, mais sans viser le « risque zéro » (déresponsabilisant pour les familles et de peu de valeur pédagogique pour les enfants).
- Favoriser l'association de stratégies qui visent à améliorer la sécurité de l'environnement et d'activités d'information et d'éducation.
- Proposer des dispositifs sûrs mais peu coûteux.
- Voire détaxer les dispositifs de sécurité obligatoires.
- Rendre les normes réglementaires.
- Utiliser les résultats des études étrangères !

2. Au niveau du terrain

- En s'adressant aux familles : préférer une approche axée sur les stades de développement de l'enfant, plutôt qu'en catalogue de risques.
- Personnaliser les messages, favoriser les actions vivantes, plus crédibles pour les enfants et les familles (visites à domicile, éducation au risque en situation réelle ...).
- Préférer une prévention précoce.
- Susciter la participation communautaire et la coordination locale des interventions.
- Développer des programmes appropriés pour les familles non francophones et venant de cultures différentes.
- Enfin, quand cela est possible, intégrer la prévention des risques et des accidents dans des programmes plus larges, comme l'éducation à la citoyenneté, actuellement développée en milieu scolaire.

CHAPITRE V

ETUDE DES CAS

A/ But de l'étude

Le but de l'étude est de faire un « état des lieux » des AD de l'enfant d'aujourd'hui. Quels sont les facteurs et les lieux à risque ? Ont-ils évolués ? Quels sont les accidents les plus fréquents et les plus graves ? Nous essaierons ainsi de mieux connaître les AD afin de mieux les combattre.

B/ Patients et méthodes

Le travail de collecte d'informations s'est effectué dans le service des urgences des trois centres hospitaliers de la Corrèze, sur une période de trois mois du 01/11/05 au 01/02/06 inclus.

Cette étude est réalisée en hiver et comprend les vacances scolaires de fin d'année. C'est une période où, à priori, les enfants restent confinés dans les maisons du fait des mauvaises conditions météorologiques. L'effet « saisonnalité » jouant, nous pouvons nous attendre à obtenir des résultats différents de ceux des enquêtes EPAC et CNAMTS, qui sont réalisées sur de plus longues périodes.

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour être inclus dans cette enquête, les patients doivent répondre aux conditions suivantes :

- Etre âgé de 0 à 16 ans au 1^{er} février 2006.
- Etre admis dans les services :
 - des urgences du CH de Tulle,
 - ou des urgences du CH de Brive,
 - ou des urgences du CH de Ussel.

- Etre admis entre le 1^{er} novembre 2005 et le 1^{er} février 2006 inclus.
- Etre victime d'un accident domestique, c'est-à-dire survenant dans le cadre de la maison ou de ses dépendances privatives (jardin, cour, piscine privée, garage ...).

Sont exclus de cette enquête :

- les accidents de la circulation,
- les accidents sportifs et scolaires,
- les accidents dans d'autres lieux publics,
- les accidents iatrogènes, comme les erreurs de prescriptions ou d'administration de médicaments,
- les tentatives d'autolyse,
- les sévices à enfants et les agressions.

2. Recueil des données

L'étude est prospective, sur la période allant du 1^{er} novembre 2005 au 1^{er} février 2006.

Les données sont collectées à partir de l'interrogatoire des patients inclus, par le médecin ou l'interne de garde du service des urgences.

Ces données sont notées sur une fiche de renseignements standardisée [Annexe 7]. Cette fiche est rédigée en collaboration avec un des praticiens hospitaliers du service de pédiatrie du CH de Tulle (directeur des travaux de cette étude). Elle est en partie inspirée par la feuille de recueil de l'enquête EPAC.

Ce recueil de données est élaboré dans un but de simplicité d'utilisation, de rapidité d'enregistrement des informations, pour ne pas surcharger l'équipe soignante tout en prévoyant l'analyse ultérieure des données.

Dix huit items doivent être complétés sur la fiche de renseignements ; il apparaît ainsi des informations sur :

- L'enfant : son âge,
son sexe,
la personne qui en assurait la garde,
sa fréquentation antérieure du service.
- Le moment de l'accident : la date et l'heure.
- L'accident : sa nature, le type et la localisation des lésions.
- Les circonstances : le lieu de survenue et l'activité favorisante.
- Les examens complémentaires demandés, notamment radiologiques.
- Le traitement et le suivi.

3. Qualité des données.

Malgré une sensibilisation périodique des équipes soignantes, nous n'avons pas obtenus une sélection de tous les cas d'accidents domestiques qui se sont présentés. Ainsi, en raison du faible nombre de fiches de renseignements fourni par le service des urgences de Brive, nous avons dû exclure les données de cet hôpital. Notre enquête référence uniquement les AD enregistrés par les CH de Tulle et Ussel (soit 91 cas).

D'autre part, le codage des dossiers étant souvent aléatoire, il nous a été difficile de vérifier l'exhaustivité de notre étude. Toutefois, nous estimons que les cas d'AD recueillis dans notre étude représentent environ 90% des cas qui se sont réellement présentés.

Enfin, certaines fiches ont été remplies de manière incomplète. Un interrogatoire difficile, des réponses qui ne se recoupent pas, la barrière de la langue, l'afflux de travail, sont autant de facteurs qui ont pu participer à un mauvais recueil des données. Le taux d'items complétés est tout de même de 97 %.

C/ RESULTATS

1/ Selon l'activité du service

*Figure n°7 : activité des services des Urgences de Tulle et Ussel du 1^{er} novembre 2005
au 1^{er} février 2006*

	TULLE	USSEL
Nombre de passages totaux	3895	2209
Nombre de passages pédiatriques	830	422

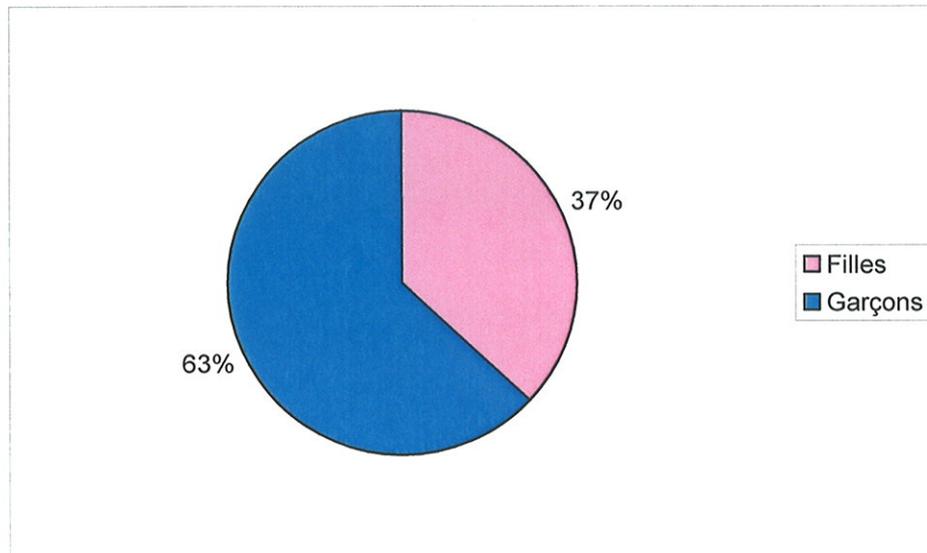
Sur la période de notre étude, allant du 1^{er} novembre 2005 au 1^{er} février 2006, les admissions concernant les enfants de 0 à 16 ans représentent 21% de l'activité globale des Urgences de Tulle et 19% à Ussel.

Nous recensons 91 cas d'accidents domestiques sur cette même période, répartis de la façon suivante :

- 68 cas à Tulle, soit 8% des admissions pédiatriques du service,
- 23 cas à Ussel, soit 5.5% des admissions pédiatriques du service.

2/ Selon l'âge et le sexe.

Figure n°8 : Répartition des AD selon le sexe.



Parmi les 91 victimes, il existe une nette prédominance masculine avec 57 garçons (63%) pour 34 filles (37%).

Figure n°9 : Répartition des AD par tranches d'âge et selon le sexe.

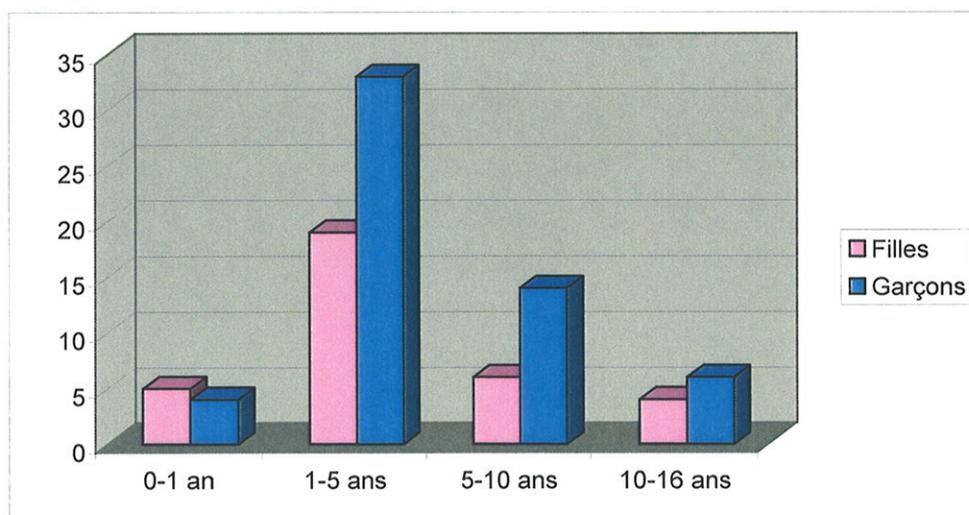


Figure n°10 : Répartition des AD selon l'âge et le sexe.

	Filles		Garçons		Total	
	cas	%	cas	%	cas	%
0 à 1 an	5	56	4	44	9	10
1 à 5 ans	19	36,5	33	63,5	52	57
5 à 10 ans	6	30	14	70	20	22
10 à 16 ans	4	40	6	60	10	11

Comme le montre les figures N°1 et 2, la tranche d'âge la plus touchée est celle de 1 à 5 ans dans les deux sexes.

Une surreprésentation masculine est observée dans toutes les tranches d'âge étudiées sauf chez les moins de 1 an où se sont les filles qui prédominent.

Figure n°11 : Age moyen des accidentés en fonction du sexe.

	Filles	Garçons	Total
Nombre de cas	34	57	91
Age moyen	50,91 mois	54,34 mois	53,1 mois

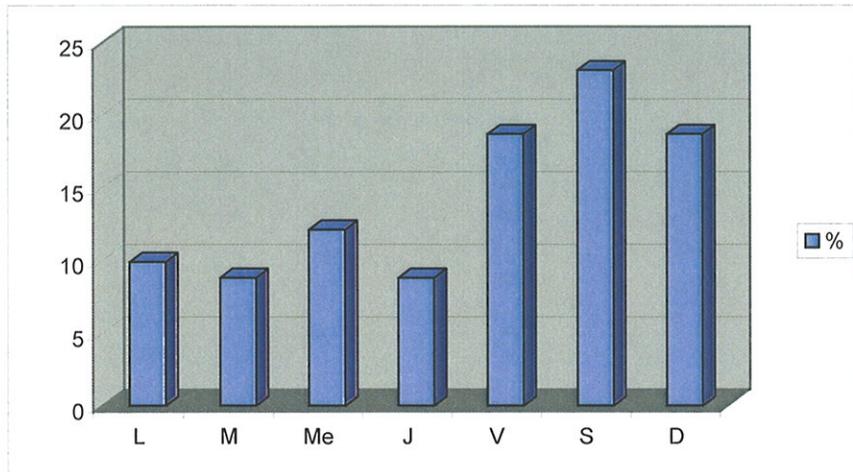
L'âge de survenue est assez peu différent dans les deux sexes : les garçons sont en moyenne très légèrement plus âgés que les filles (54,34 mois pour les garçons, 50,91 mois pour les filles).

L'âge moyen des victimes est de 53,1 mois (4 ans et 4 mois), avec un maximum de 185 mois (15 ans et 4 mois) et un minimum de 6 mois.

3/ Selon le moment.

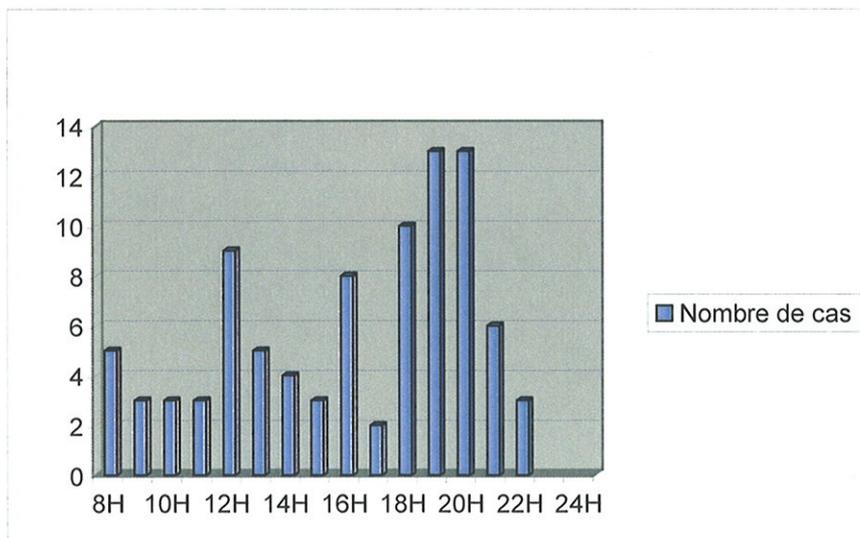
L'étude implique une analyse du moment de l'AD, en le situant d'une part dans la journée et d'autre part dans la semaine.

Figure n°12 : Répartition hebdomadaire des AD.



Cette distribution des AD montre une évolution hebdomadaire cyclique. 40% des AD (soit 44 cas) se produisent le **week-end**.

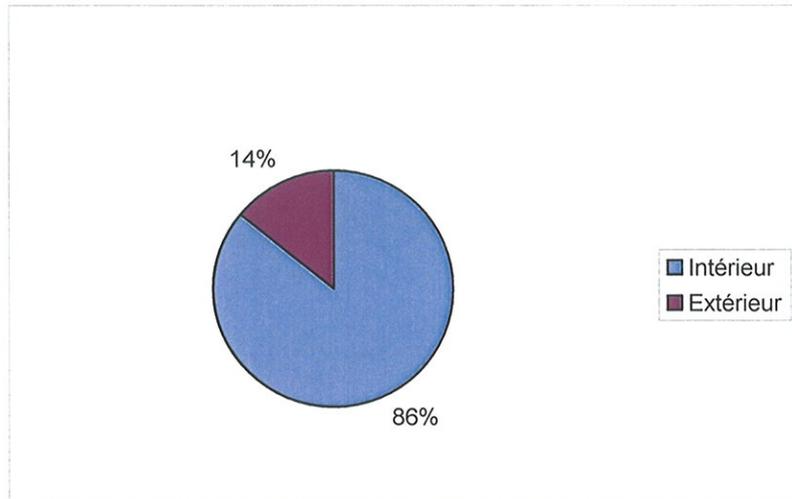
Figure n°13 : Répartition horaire des AD.



De même, la répartition des AD durant le nyctémère n'est pas homogène. Près de 70% des accidents se répartissent sur **deux plages horaires : de 11h à 14h (23%) et de 18h à 21h (46%).**

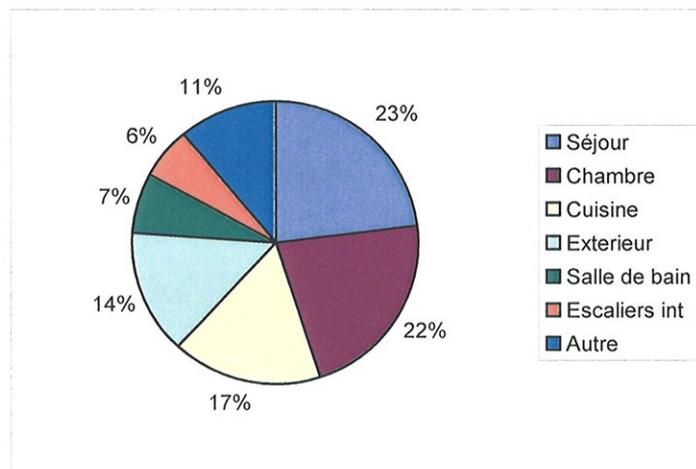
4/ Selon le lieu.

Figure n°14 : Répartition des AD selon le lieu.



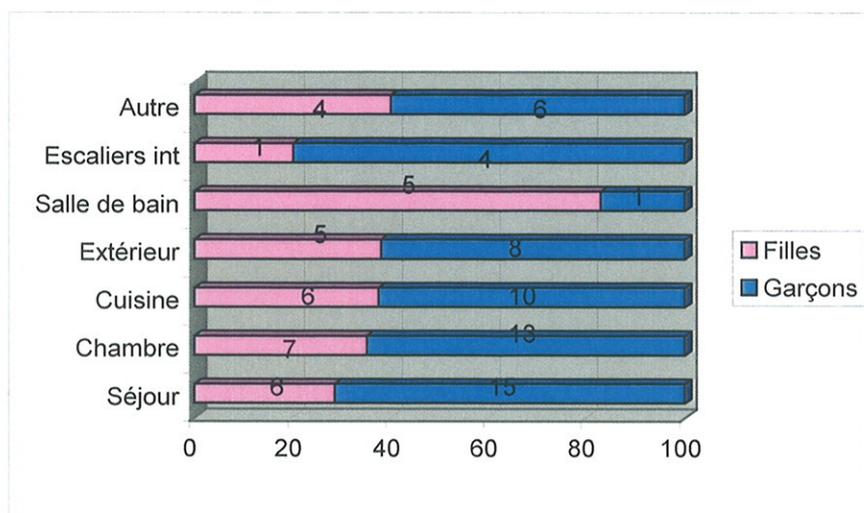
Dans notre étude les AD surviennent très majoritairement à **l'intérieur de la maison** : 82 accidents (soit 86% des cas) y sont comptabilisés contre 13 cas seulement à l'extérieur (14%).

Figure n°15 : Répartition des AD selon la pièce.



La pièce le plus à risque est le séjour avec 21 cas (23%). La chambre représente elle aussi, presque le quart des AD avec 20 cas (22%). Vient ensuite la cuisine, où se produisent 17% des accidents (soit 16 cas). L'extérieur de la maison se place en 4^{ème} position des lieux à risque (14%) (sont inclus jardin, cour, chemin, piscine, mare...). Enfin, la salle de bain et les escaliers sont retrouvés dans des proportions équivalentes (7% et 6%).

Figure n°16 : Répartition des lieux selon le sexe



La surreprésentation masculine existe que se soit pour les accidents survenus à l'extérieur (61.5% concernent les garçons), ou à l'intérieur (64%).

Dans la maison, seule une pièce est à l'origine d'une surreprésentation féminine : c'est la salle de bain.

Figure n°17 : Répartition des AD selon le lieu et l'âge.

	0-1an		1-5 ans		5-10 ans		10-16 ans	
	cas	%	cas	%	cas	%	cas	%
Séjour	4	19	16	76	1	5	0	0
Chambre	1	5	13	65	4	20	2	10
Cuisine	1	6.25	14	87.5	0	0	1	6.25
Extérieur	0	0	4	31	6	46	3	23
Salle de bain	2	33	2	33	1	17	1	17
Escalier int	1	20	1	20	1	20	2	40
Autre	0	0	2	20	6	60	2	20

La tranche d'âge la plus touchée à l'intérieur de la maison est celle des 1 à 5 ans avec 48 cas (59%). Les plus petits représentent également une part importante des accidents dans la maison (11% concernent les 0 à 1 an).

A l'extérieur, ce sont les enfants de 5 à 10 ans qui prédominent.

Les lieux les plus fréquents selon l'âge :

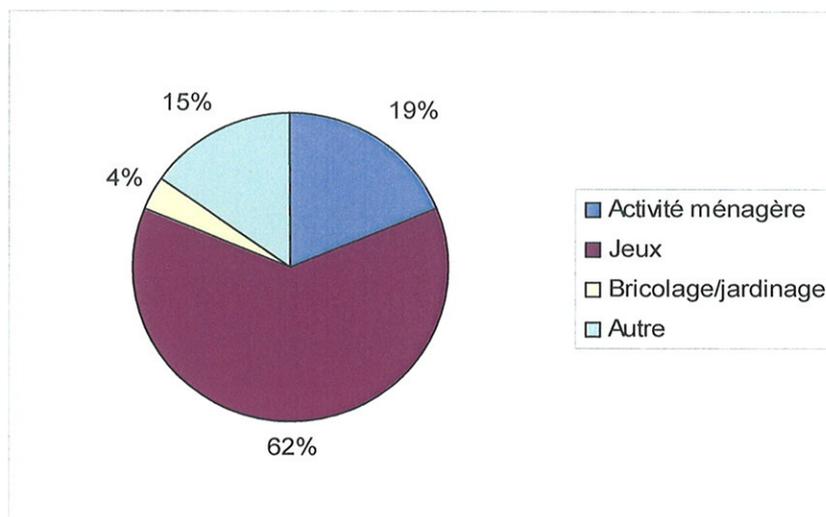
De 0 à 1 an, tous les AD surviennent à l'intérieur de la maison, et dans 44 % des cas dans le séjour.

De 1 à 5 ans, 92% des AD ont lieu à l'intérieur de la maison, et surtout dans le séjour (33%), la cuisine (29%) et la chambre (27%).

De 5 à 10 ans, et de 10 à 16 ans, 30% des AD surviennent à l'extérieur.

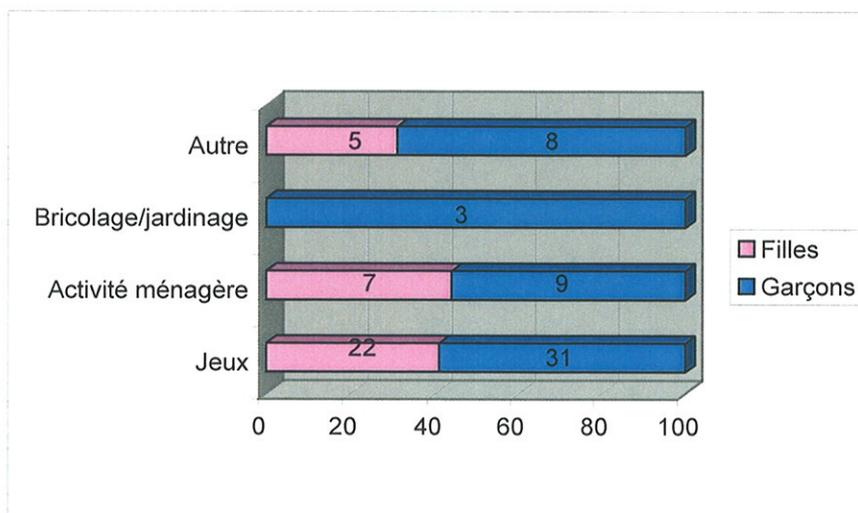
5/ Selon l'activité

Figure n°18 : Répartition des AD selon l'activité.



Les **jeux** constituent l'activité la plus souvent enregistrée lors de la survenue d'un AD, avec 53 cas (62%). Viennent ensuite les activités ménagères (16 cas), et le bricolage/jardinage (3 cas seulement sont recensés).

Figure n°19 : Répartition des activités selon le sexe.



La **surreprésentation masculine** existe quelle que soit l'activité, mais elle est plus marquée lors des accidents de jardinage et de bricolage (les 3 cas recensés concernent des garçons), et lors des jeux (59%).

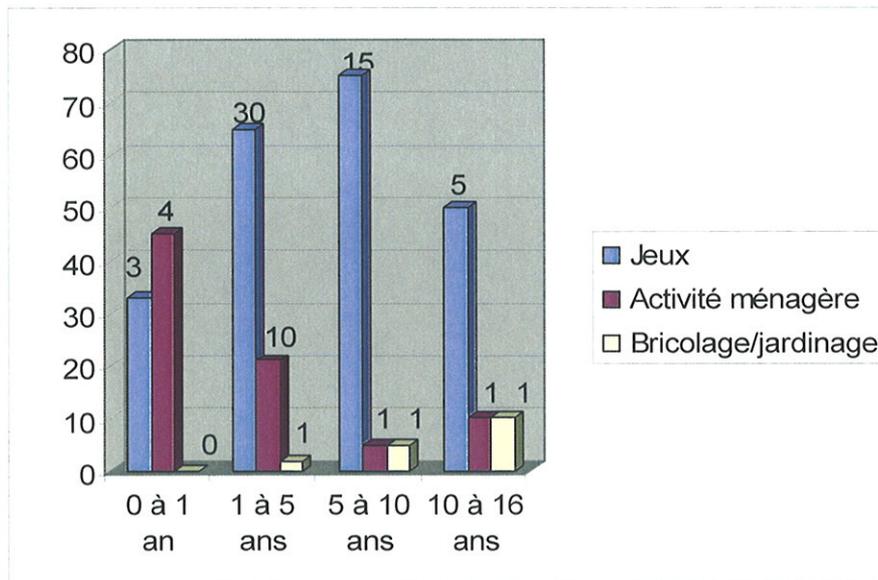
Figure n°20 : Répartition des AD selon l'activité et l'âge.

	Total		0-1 an		1-5 ans		5-10 ans		10-16 ans	
	cas	%	cas	%	cas	%	cas	%	cas	%
Jeux	53	62	3	6	30	57	15	28	5	9
Activité ménagère	16	19	4	25	10	62.5	1	6.25	1	6.25
Bricolage jardinage	3	4	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3
Autre	13	15	2	15.5	5	38.5	3	23	3	23

(6 items sont mal renseignés et ne sont pas inclus).

La tranche d'âge la plus touchée est celle des 1 à 5 ans qu'elle que soit l'activité. Lors des jeux, elle représente 57% des accidentés (soit 30 cas).

Figure n°21 : Répartition des activités les plus fréquentes selon l'âge.



Les activités les plus fréquentes selon l'âge :

De 0 à 1 an, 45% des AD ont lieu au cours d'une activité ménagère, et 33% en jouant.

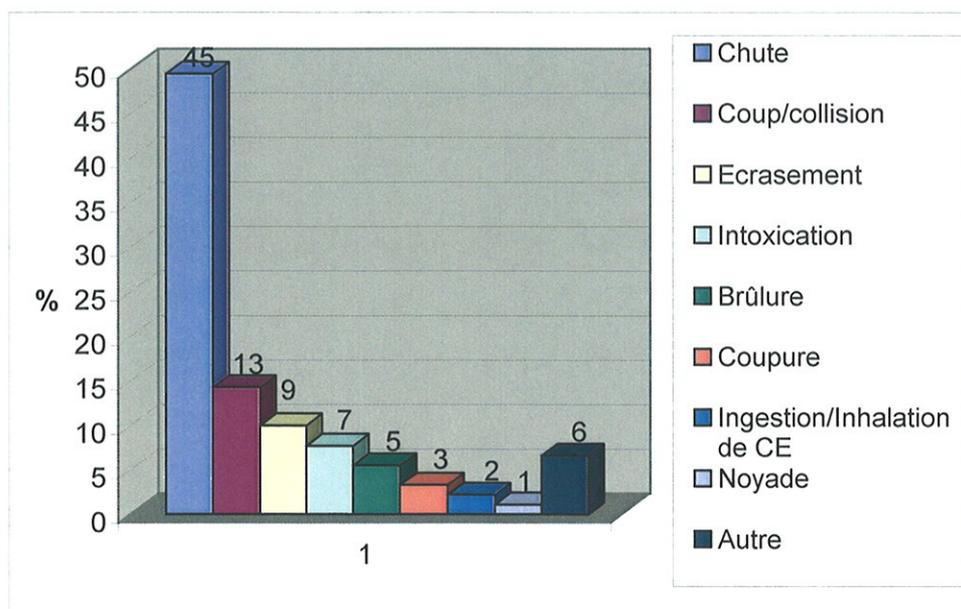
De 1 à 5 ans, 65% des AD surviennent pendant les activités de jeux, et 21% au cours d'une activité ménagère.

De 5 à 10 ans, 75% des AD ont lieu pendant les jeux.

De 10 à 16 ans, 10% des AD surviennent en bricolant ou en jardinant.

6/ Selon le mécanisme

Figure n°22 : Répartition des AD selon le mécanisme.



Les chutes :

Elles constituent de loin le **mécanisme le plus fréquent** à l'origine des AD avec 45 cas recensés (49,5%) quel que soit l'âge, en particulier chez les **enfants de moins de 1 an**. Elles se répartissent de la manière suivante :

19 cas de chutes avec traumatisme crânien, dont :

- 3 cas avec des signes neurologiques
- 7 cas avec plaie du crâne et/ou du scalp
- 6 cas avec un hématome ou une simple contusion
- 3 sans lésion.

Au total, 8 de ces cas sont hospitalisés pour surveillance.

13 cas de chutes avec petite traumatologie : hématomes et/ou contusions.

11 cas de chutes avec plaie dont 7 associées à un TC.

7 cas de chutes avec entorse dont

- 5 cas concernent la cheville
- 2 cas le poignet et les doigts.

3 cas de chutes avec fracture du poignet.

Les coups/ collisions :

13 cas d'accidents sont liés à ce mécanisme (14,3% des AD):

8 cas avec plaie :

- 4 du crâne
- 2 du visage dont 1 du globe oculaire
- 2 du pied

4 cas avec contusion/hématome :

- 2 du visage dont 1 du nez
- 2 du pied

1 cas avec entorse de la cheville.

Les écrasements :

9 cas d'AD par écrasement sont recensés (10%) :

5 cas avec fracture ouverte (dont 3 ont donnés lieu à une hospitalisation) :

- 3 des doigts
- 1 des orteils

1 cas avec fracture fermée du coude

4 avec contusion/hématome :

- 3 des doigts et/ou main
- 1 du pied.

Les intoxications :

7 cas d'intoxications sont recueillis (7,7%). Voici leur détail :

Produit	Sexe	Age	Lieu	Lésion	Hospitalisation
Toplexil sirop	M	25 mois	cuisine	aucune	oui (1 j)
Equanil 400 cp	M	26 mois	séjour	somnolence	oui (+ transfert)
Eau de Javel diluée	M	16 mois	salle de bain	érythème buccal	non
Carbonate de calcium cp	M	26 mois	cuisine	aucune	oui (2 j)
Eau de javel diluée	M	13 mois	cuisine	Erythème buccal	oui (1 j)
Comprimés non précisé.	M	56 mois	séjour	aucune	oui (1 j)
Dissolvant ongles	F	55 mois	salle de bain	aucune	non

Les brûlures :

5 accidents par brûlures sont répertoriés (5,5%) :

Sexe	Age	Produit en cause	Lésion	Topographie	Lieu	Activité	Hospitalisation
M	42 mois	Plat chaud	2ème degré superficiel	main et doigts	cuisine	activité ménagère	non
M	19 mois	Eau chaude	2ème degré superficiel	main et doigts	cuisine	activité ménagère	non
M	11 mois	?	1er degré	main	séjour	jeux	non
M	18 mois	Poêle à bois	2ème degré superficiel	main et doigts	cuisine	activité ménagère	oui+transfert (30j)
F	15 mois	Eau bouillante	2ème degré superficiel	avant-bras	cuisine	activité ménagère	oui (1 j)

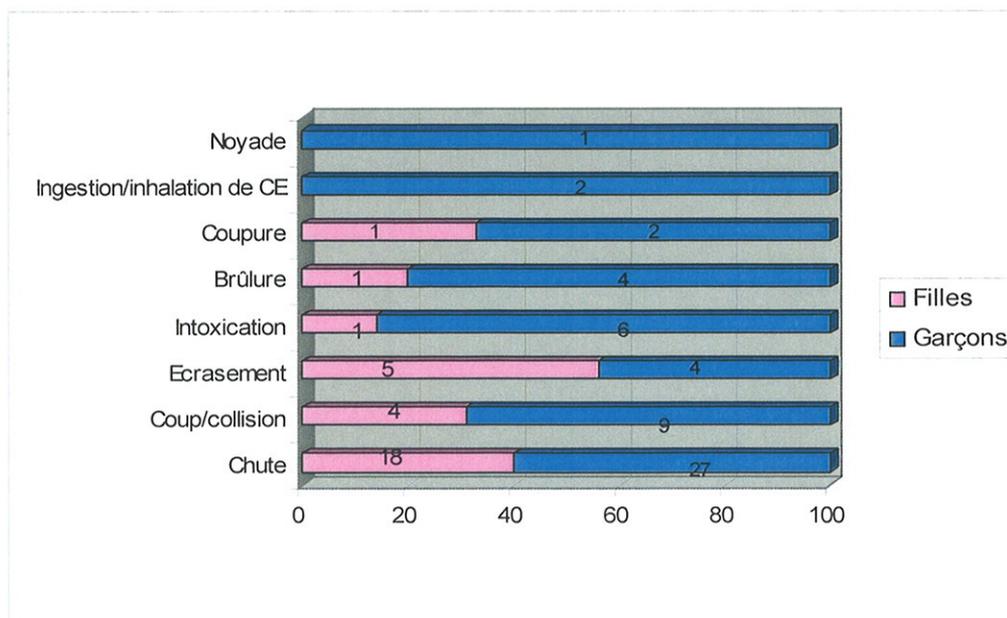
On retrouve :

4 cas avec brûlure du 2nd degré superficiel :

- 3 cas des doigts et/ou main
- 1 cas de l'avant-bras

1 cas de brûlure du 1^{er} degré de la main.

Figure n°23 : Répartition des différents mécanismes selon le sexe.



La surreprésentation masculine est élevée, que ce soit pour les intoxications (86%), les brûlures (80%), les coups/collisions (69%) et les chutes (62%).

Seuls les écrasements mettent en évidence une prédominance féminine (56%).

Figure n° 24 : Répartition des AD selon le mécanisme et l'âge.

	0-1an		1-5 ans		5-10 ans		10-16 ans	
	cas	%	cas	%	cas	%	cas	%
Chute	8	18	21	47	9	20	7	15
Coup Collision	0	0	7	54	4	31	2	15
Ecrasement	0	0	5	56	3	33	1	11
Intoxication	0	0	7	100	0	0	0	0
Brûlure	1	20	4	80	0	0	0	0
Coupure	0	0	1	33	1	33	1	33
Ingestion Inhalation CE	0	0	1	50	1	50	0	0
Noyade	0	0	1	100	0	0	0	0
Autre	0	0	4	67	2	33	0	0

La tranche d'âge la plus touchée est celle des 1 à 5 ans quel que soit le mécanisme. Lors des chutes, elle représente 47 % des accidentés (21 cas).

Les mécanismes les plus fréquents selon l'âge :

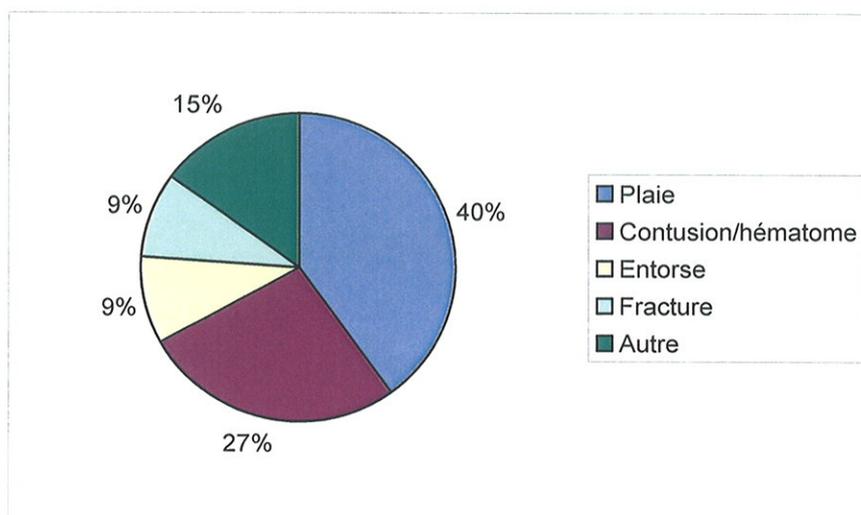
De 0 à 1 an, les chutes sont responsables de 88% des AD.

C'est entre 1 et 10 ans que les AD dus à un écrasement sont les plus fréquents (11% des AD).

Les coups/collisions sont responsables de 15 % des AD chez les 1-10 ans, et 20% chez les 10-16 ans.

7/ Selon la lésion

Figure n°25 : Répartition des AD selon les lésions



Les **plaies** représentent la lésion la plus fréquemment observée lors d'un AD avec 36 cas (40%). Viennent ensuite les contusions et hématomes (24 cas), puis les entorses (8 cas) et les fractures (8 cas). Les autres lésions se répartissent de la manière suivante :

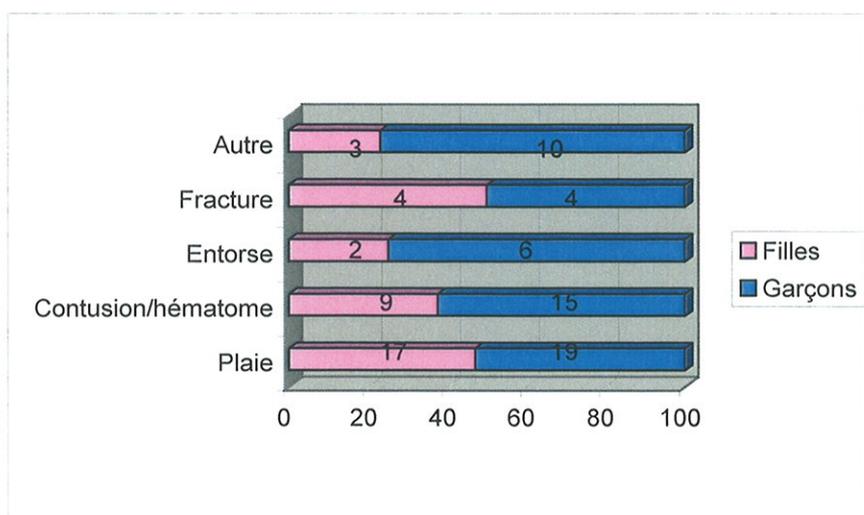
- 5 brûlures
- 3 intoxications : 2 cas avec érythème buccal et 1 cas avec somnolence,
- 2 pronations douloureuses
- 1 cas d'asphyxie par inhalation d'un corps étranger
- 1 cas de noyade dans une mare
- 1 commotion cérébrale

23 lésions (soit 26%) sont liées à un **traumatisme crânien**, bénin dans la grande majorité des cas.

7 cas sont **sans lésion diagnostiquée**, soit du fait de la précocité et efficacité du traitement, soit d'une absence effective de lésion lors de l'accident. Ces cas ne sont pas inclus dans les calculs. Il s'agit de :

- 4 cas d'ingestion médicamenteuse,
- 3 cas de traumatisme crânien.

Figure n°26 : Répartition des lésions selon le sexe.



La surreprésentation masculine est marquée pour les entorses (75%) et les contusions/hématomes (63%). La différence est moins nette pour les plaies (56% pour les garçons et 44% pour les filles). Quant aux fractures, les résultats sont équivalents pour les deux sexes.

Figure n°27 : Répartition des AD selon la lésion selon et l'âge.

	0-1an		1-5 ans		5-10 ans		10-16 ans	
	cas	%	cas	%	cas	%	cas	%
Plaie	0	0	24	67	11	30	1	3
Contusion Hématome	7	29	12	50	3	13	2	8
Entorse	0	0	1	12.5	2	25	5	62.5
Fracture	0	0	3	37.5	3	37.5	2	25
Autre	1	8	12	92	0	0	0	0

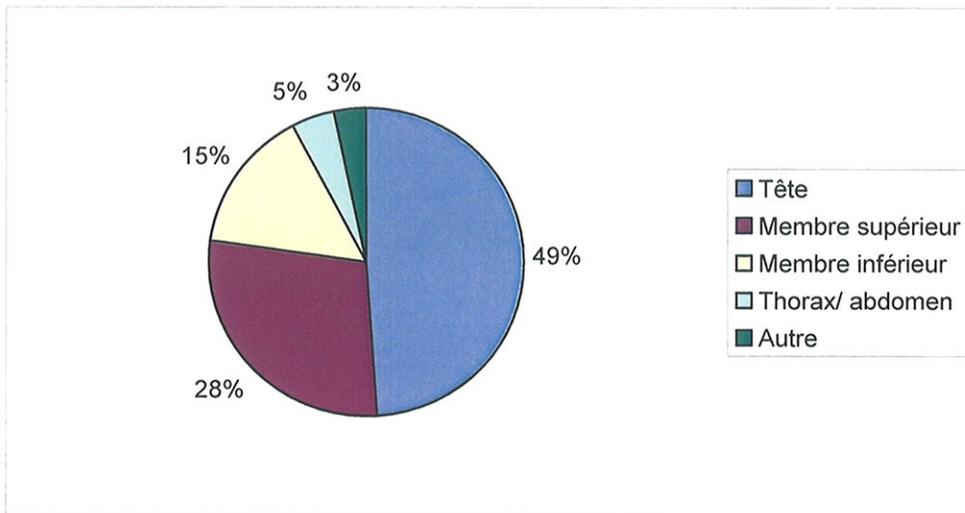
La tranche d'âge la plus touchée est celle des 1 à 5 ans, sauf pour les entorses qui surviennent majoritairement chez les 10-16 ans (62,5%), et pour les fractures qui sont observées dans des proportions équivalentes avec les 5-10 ans.

Les lésions les plus fréquentes selon l'âge :

- de 0 à 1 an : les contusions/hématomes représentent 75% des lésions,
- de 1 à 5 ans : les plaies représentent 46% des lésions,
- de 5 à 10 ans : les fractures représentent 20% des lésions,
- de 10 à 15 ans : les entorses représentent 50% des lésions.

8/ Selon la topographie des lésions

Figure n°28 : Répartition des AD selon la localisation des lésions.



3 items sont mal renseignés ; ils ne sont pas inclus dans les résultats.

Chez les enfants, la **tête** est la localisation la plus fréquente des lésions avec 43 cas (49%).

Les différentes localisations des lésions se répartissent ainsi :

43 atteintes de l'extrémité céphalique (49%) :

- 23 du crâne et scalp,
- 20 du massif facial dont
 - 2 de la bouche,
 - 1 du nez
 - 2 d'un œil ou paupière,
 - 4 d'une oreille,
 - 11 du visage sans précision.

25 atteintes du membre supérieur (28%) dont :

- 19 des doigts et/ ou de la main,
- 6 du poignet.

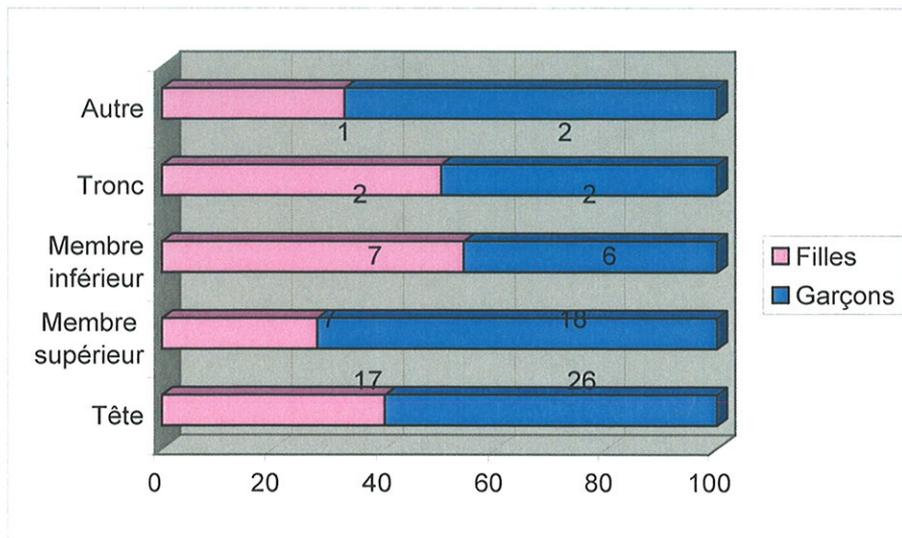
13 atteintes du membre inférieur (15%) dont :

- 7 des orteils et/ou du pied,

- 5 de la cheville,
- 1 de la cuisse.

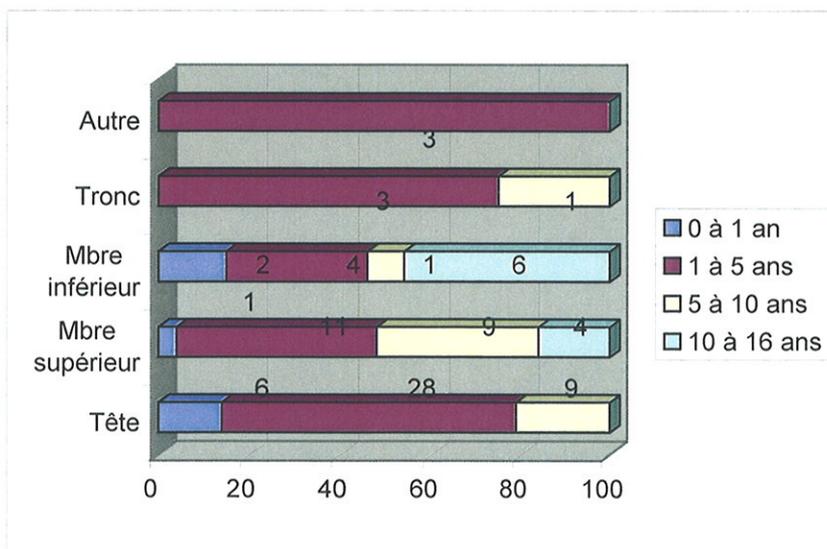
4 atteintes du thorax et/ou de l'abdomen (5%).

Figure n°29 : Répartition des localisations selon le sexe.



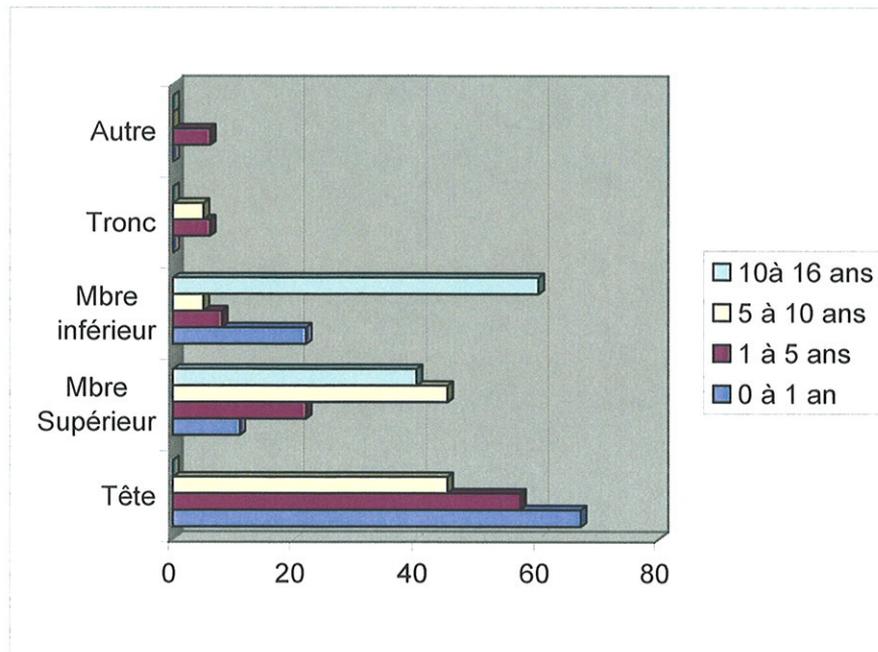
On retrouve **une surreprésentation masculine** marquée pour la tête (60%) et pour le membre supérieur (72%). En revanche il existe une prédominance féminine pour le membre inférieur (54%).

Figure n°30 : Répartition des localisations selon l'âge.



La tranche d'âge la plus touchée pour la tête et le membre supérieur est celle des 1 à 5 ans (respectivement 65% et 44% des cas). Pour le membre inférieur ce sont les 10-16 ans qui sont le plus souvent victimes (46%).

Figure n°31 : Localisations les plus touchées selon l'âge.



Les topographies varient avec l'âge :

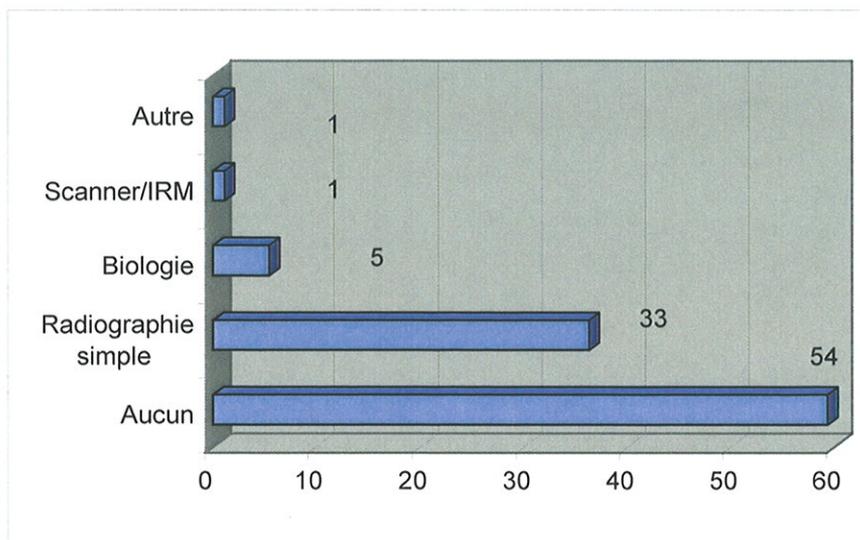
Chez les enfants de moins de 1 an, la tête est la partie lésée dans près de 70% des AD, alors que chez les 10-16 ans, aucun cas n'est répertorié.

Chez les 5-10 ans et les 10-16ans, les atteintes du membre supérieur représentent respectivement 45% et 40% des AD.

Les lésions du membre inférieur représentent 60% des AD chez les 10-16 ans.

9/ Selon les examens complémentaires

Figure n°32 : Répartition des AD selon les examens complémentaires.

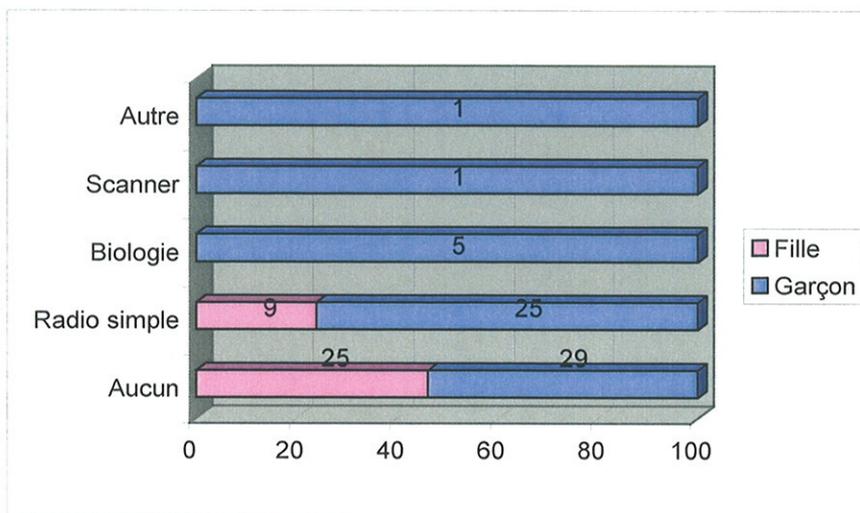


Dans la majorité des cas, **aucun examen complémentaire** n'est prescrit (54 enfants soit 59% des cas).

En revanche 37 enfants nécessitent une ou plusieurs explorations supplémentaires (soit 41% des cas), qui se répartissent de la manière suivante :

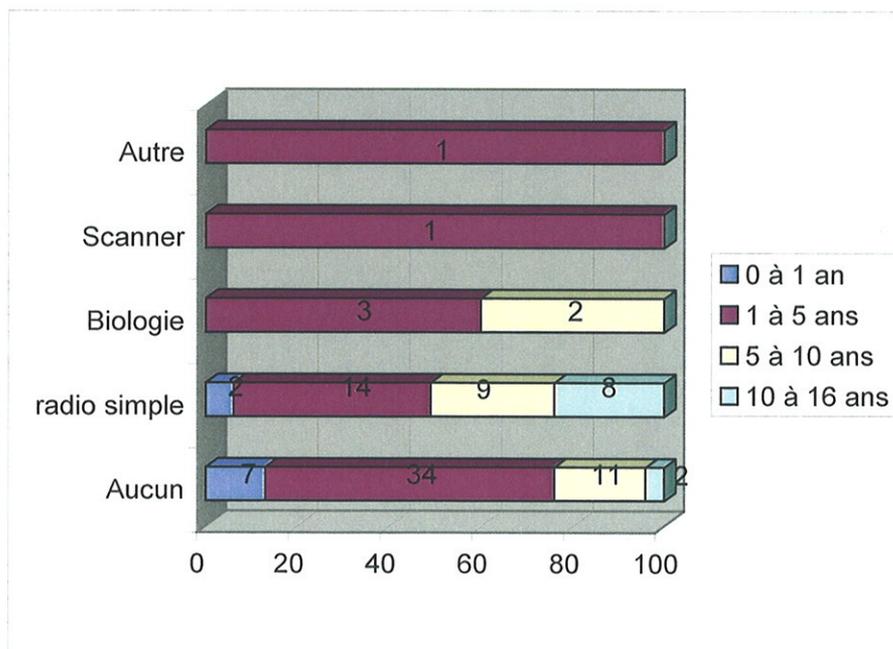
- 33 cas avec radiographie simple (soit 89% des examens prescrits),
- 5 cas avec biologie,
- 1 cas avec scanner cérébral,
- 1 cas avec ECG.

Figure n°33 : Répartition des examens selon le sexe.



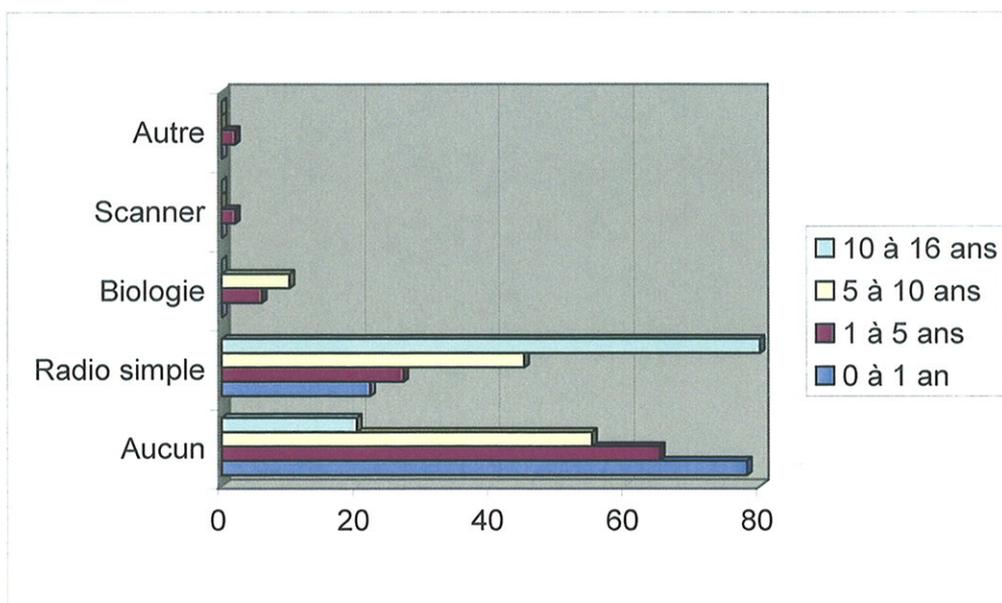
La surreprésentation masculine existe quel que soit l'examen complémentaire prescrit.

Figure n°34 : Répartition des examen selon l'âge.



La tranche d'âge la plus touchée est celle des 1 à 5 ans pour toutes les explorations.

Figure n°35 : Examens les plus prescrits selon l'âge.



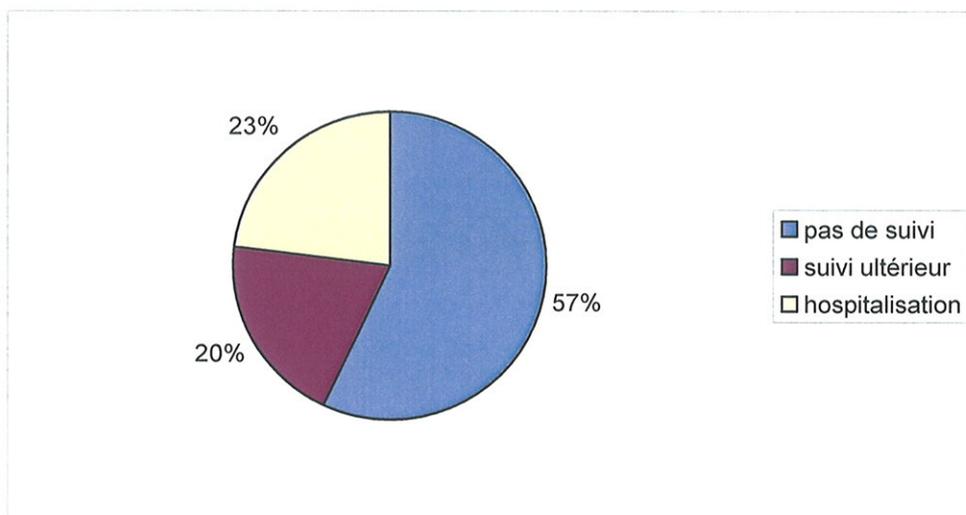
La prescription d'examens complémentaires varie avec l'âge :

78% des enfants de moins de 1an ne nécessitent pas d'examens complémentaires, et 22% se sont vus prescrire une radiographie simple.

A l'inverse, les 10-16 ans ont recours à un bilan radiographique dans 80% des cas, et seulement 20% ne sont pas explorés.

10/ Selon la prise en charge médicale

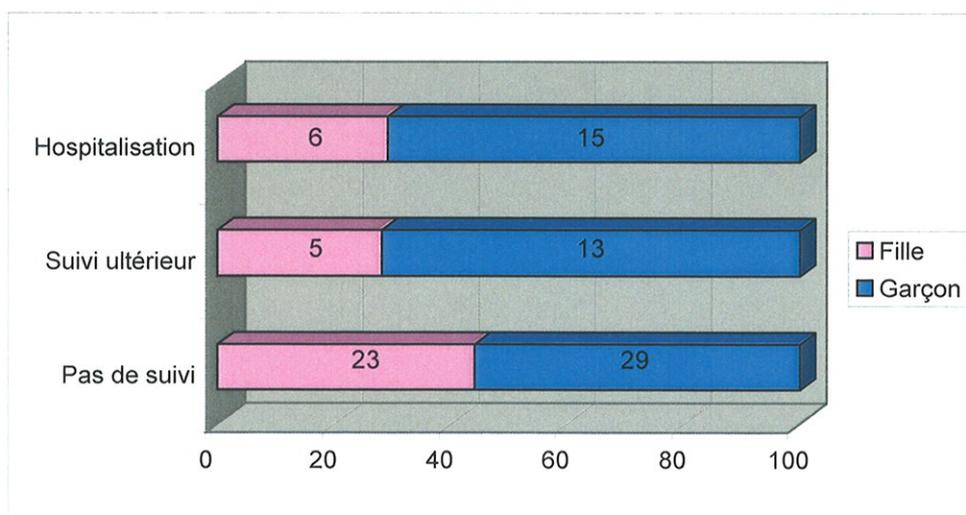
Figure n°36 : Répartition des AD selon la prise en charge.



Dans 57% des cas (soit 52 cas), les AD sont bénins et permettent un retour à domicile, sans ou après traitement initial. 18 cas nécessitent un traitement avec suivi ultérieur (20%). 21 cas donnent lieu à une hospitalisation après un passage aux urgences (dans ce résultat sont inclus 3 accidentés transférés dans un centre spécialisé puis hospitalisés).

Enfin, aucun décès n'a été enregistré au cours de cette étude.

Figure n°37 : Répartition de la prise en charge selon le sexe.

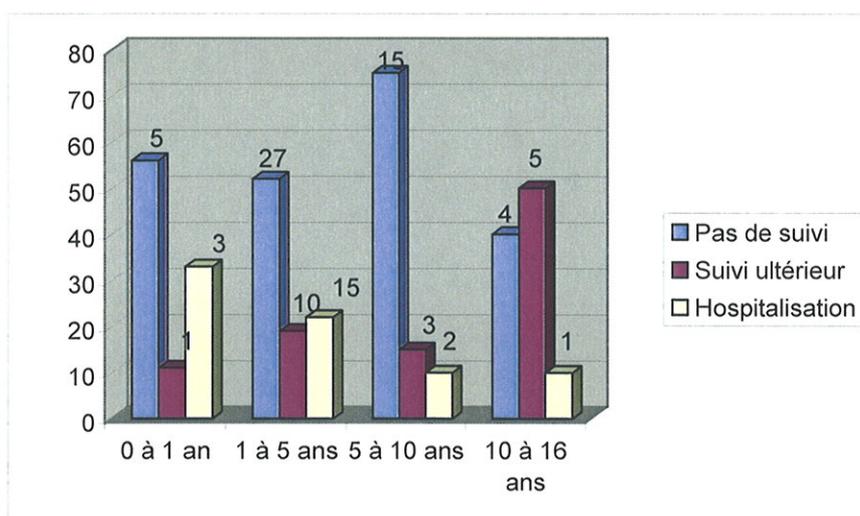


Les proportions de garçons sont les suivantes :

- ils représentent 56% des accidentés traités sans suivi ultérieur,
- 72% des accidentés traités avec suivi ultérieur,
- 71% des hospitalisés.

La tranche d'âge la plus touchée est celle des 1-5 ans quel que soit le mode de prise en charge. Elle représente 53% des enfants accidentés sans suivi ultérieur (27 cas), 52% des enfants avec suivi ultérieur (10 cas), et 71% des hospitalisés (15 cas).

Figure n°38 : Les modalités de prise en charge les plus fréquentes selon l'âge.

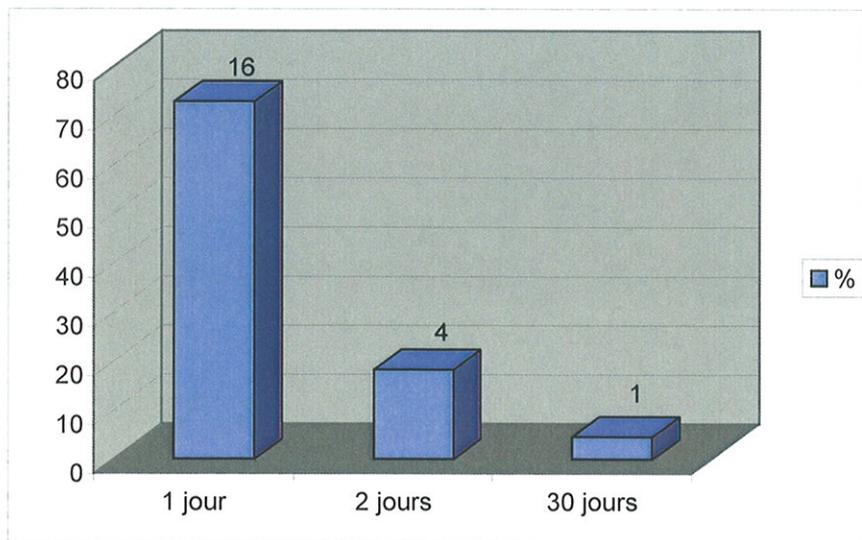


Les accidents les plus bénins (sans suivi ultérieur) diminuent avec l'âge, passant de 60% chez les moins de 1 an à 40% chez les 10-16 ans.

Les traitements avec suivi ultérieur augmentent avec l'âge ; ils représentent 11% des AD avant 1 an et 50% chez les 10-16 ans.

Le taux d'hospitalisation baisse quand les enfants grandissent ; il passe de 29% chez les enfants de moins de 5 ans, à 10% chez les 10-16 ans.

Figure n°39 : Répartition des hospitalisations selon la durée de séjour.



On observe un **grand nombre d'hospitalisations très courtes** (76% durent 24h et 19% durent 2 jours).

En revanche, **1 seul cas de séjour très long** est répertorié, d'une durée de 30 jours. Il s'agit d'un petit garçon de 18 mois qui présente une brûlure du 2^{ème} degré superficiel de la main et des doigts suite au contact avec un poêle à bois. Il est pris en charge initialement au CH de Tulle puis transféré rapidement dans le service des grands brûlés à Toulouse. L'évolution n'est pas favorable avec l'apparition notamment d'adhérences. Il est hospitalisé 30 jours à Toulouse. Trois mois après l'accident il nécessite encore un suivi régulier avec des soins tous les 2 jours dans le service de pédiatrie du CH de Tulle, et une visite de contrôle tous les 15 jours à Toulouse.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 3 jours

Figure n°40 : Répartition des mécanismes responsables d'hospitalisation, selon les lésions, l'âge moyen, et la durée moyenne du séjour.

	Nombre de cas	%	Lésions	Age moyen	Durée moyenne du séjour
Chute	8	38	8 TC	25 mois	1,13 j
Intoxication	5	23,8	1 somnolence, 1 érythème buccal, 3 sans lésion	29 mois	1 j
Ecrasement	3	14,3	3 fractures ouvertes des doigts	64 mois	1,33 j
Brûlure	2	9,5	2 brûlures du 2 ^{ème} degré superficiel	16 mois	15,50 j
En coupant	1	4,8	1 plaie profonde avec lésion tendineuse	168 mois	2 j
Inhalation CE	1	4,8	Asphyxie	24 mois	1 j
Noyade	1	4,8	Asphyxie	18 mois	2 j

Les chutes sont à l'origine de la majorité des hospitalisations (38%). Elles sont responsables d'un traumatisme crânien dans tous les cas répertoriés, généralement bénin. L'âge de survenue moyen est de 25 mois, avec un maximum de 40 mois et un minimum de 8 mois. La durée moyenne de séjour est courte (1,13 jours).

Les brûlures entraînent « seulement » 9,5% des hospitalisations, mais sont responsables de la durée moyenne de séjour la plus longue (15,50 jours). Dans les 2 cas recueillis, les enfants souffraient de brûlures du 2^{ème} degré superficiel. L'âge moyen de survenue est de 16 mois.

11/ Selon la surveillance

Parmi les renseignements obtenus lors de la consultation du jeune accidenté, une question porte sur la personne qui a en charge la garde et la surveillance de l'enfant au moment de l'accident.

Cet item est mal renseigné avec près de 18% de non réponse.

Les résultats sont les suivants :

- La mère, ou le père ou les 2 parents : 73 cas.
- Les grands- parents : 1 cas.
- La nourrice : 1 cas.
- En jouant : 10 cas.
- Pas de réponse : 16 cas.

Le nombre total de réponse est supérieur à 91 car dans certains cas l'enfant jouait sous la surveillance d'un tiers. La réponse « en jouant » a été rajoutée car telle fut la réponse des parents dans 11% des cas.

12/ Selon les précédents aux urgences

Pour cet item également, on trouve près de 18% de non réponse.

Parmi les items complétés, 63% des enfants n'étaient pas connus du service, alors que dans 37% des cas ils avaient déjà bénéficié d'une consultation (au moins) dans ce même service.

D/ CONCLUSION

Les points essentiels à retenir sont :

- **La surreprésentation masculine est très marquée,**
- **La tranche d'âge la plus touchée est celle des 1 à 5 ans,**
- **40% des AD se produisent le week end,**
- **70% des AD ont lieu autour des horaires de repas,**
- **86% des AD ont lieu à l'intérieur de la maison,**
- **2 nouvelles pièces à risque : le séjour et la chambre,**
- **Les jeux sont l'activité la plus souvent en cause,**
- **Les chutes sont le mécanisme le plus fréquent,**
- **Les brûlures sont les lésions les plus graves,**
- **Les lésions sont bénignes le plus souvent, et touchent la tête dans la moitié des cas,**
- **La majorité des enfants n'ont nécessité aucun examen complémentaire et ont regagné leur domicile après traitement initial.**

CHAPITRE VI

ANALYSE et DISCUSSION

A/ A propos de l'étude

Plusieurs critiques peuvent être portées sur notre étude :

- Elle est limitée dans le temps ; le recueil des données a lieu uniquement pendant la saison hivernale. Ceci peut être un biais dans nos résultats en comparaison avec les enquêtes nationales qui sont réalisées sur une ou plusieurs années.
- Elle est limitée dans l'espace ; elle concerne uniquement les données recueillies dans deux hôpitaux Corrèziens. A contrario, les études auxquelles nous nous référons sont nationales. (CNAMTS, EPAC, EHLASS).
- La comparaison avec les études de référence est également limitée ; en effet notre étude concerne uniquement les AD alors que la CNAMTS, EPAC ou EHLASS étudie les ADVC dans leur globalité. Comme nous l'avons dit précédemment, les AD y sont rarement individualisés.

B/ A propos du sexe

Les résultats de notre étude mettent en évidence une surreprésentation masculine nette = près de 64% des AD concernent les garçons.

Cette répartition par sexe est des plus classiques. En effet plusieurs enquêtes nationales comme celle de la CNAMTS, EHLASS ou EPAC donnent un ratio de 60/40 pour les AD de l'enfant.

Une différence liée au sexe vis-à-vis du risque d'accident est statistiquement démontrée ($p < 0,01$). Elle tient probablement aux particularités comportementales de chaque sexe et notamment, l'orientation spatiale et l'exploration du milieu qui sont plus développées chez le garçon. De même les prises de risque sont volontiers plus grandes chez ce dernier. Enfin, l'attitude des parents, en général plus permissive à l'égard des garçons peut expliquer cette différence.

C/ A propos de l'âge

- La population la plus touchée est celle des 1 à 5 ans avec 52 cas sur 91, soit 57% des AD. Cette prédominance par l'âge est classiquement retrouvée dans les études nationales, mais également chez l'ensemble des jeunes de l'union européenne [30]. La CNAMTS précise même que l'âge le plus à risque se situe entre 2 et 3 ans [44].

- 10 % des AD concernent les enfants de moins de 1 an ! Connaissant leur incapacité à se déplacer, on peut s'étonner du nombre d'accidents (9 cas sur 91). La responsabilité des parents paraît alors non négligeable. D'ailleurs le sexe-ratio dans cette tranche d'âge n'est pas respectée (5 filles / 4 garçons). Ceci permet de penser que l'enfant n'est pas l'instigateur de l'accident mais une simple victime. L'absence de prédominance masculine dans les accidents survenant chez les plus jeunes (< 2 ans) a déjà été signalée dans la littérature [59].

- Au total, les 2/3 des accidents sont survenus chez des enfants de moins de 5 ans. L'étude des données de l'enquête EPAC au sein du CHU de Limoges [60] réalisée pendant la même période que notre étude confirme cette prédominance mais de manière moins nette : en moyenne les moins de 5 ans ont représenté près de 40 % des accidentés.

Cette différence tient au fait que :

⇒ L'enquête EPAC au CHU de Limoges inclut les AD certes, mais aussi les autres accidents de la vie courante comme les accidents scolaires et de sport. Les enfants les plus jeunes y sont alors très peu représentés.

⇒ D'autre part, l'enquête EPAC inclus les jeunes jusqu'à 18 ans. Par conséquent, la proportion des moins de 5 ans est moins importante.

D/Le paramètre temps

La répartition des AD dans le temps montre des évolutions cycliques.

Un test du chi 2 sur la fréquence horaire et hebdomadaire des AD montre que ces fluctuations ne sont pas le fait du hasard ($p < 0,01$).

Ainsi, l'heure semble être un facteur de risque pour les AD, puisque comme d'autres études, la grande majorité des accidents a lieu autour du moment du repas [4]. C'est un moment toujours délicat car l'adulte affairé en cuisine relâche sa surveillance.

De même, la répartition des AD durant la semaine, n'est pas homogène. On trouve plusieurs explications à ces fluctuations :

- la présence des enfants scolarisés à leur domicile en fin de semaine, le mercredi et pendant la pose de midi durant la semaine ;
- un cumul de fatigue ou d'excitation lié au rythme de vie des enfants mais aussi des parents.

E/ A propos du lieu

L'intérieur de la maison est apparu comme le lieu privilégié de survenue des AD chez les plus petits. Après 1 an, avec l'apprentissage de la marche, les enfants échappent plus facilement à la surveillance de leurs parents. La part des accidents dans la maison diminue progressivement avec l'âge, remplacée par les accidents d'extérieur (30 % des AD chez les 10 - 16 ans). Cette tendance est bien décrite dans les résultats EPAC 2002/2003 [22].

Cependant, les résultats de notre étude sur les lieux à risque diffèrent des autres enquêtes nationales et notamment de celle de la CNAMTS (résultats 1987 à 1994) [11].

Figure n° 41

Comparatif des pièces à risque entre notre étude et celle de la CNAMTS [11].

	Notre étude	CNAMTS
Séjour	23 %	9 %
Chambre	22 %	7 %
Cuisine	17 %	24 %
Salle de bains	7 %	4 %
Escalier intérieur	6 %	8 %
Extérieur	14 %	24 %
Autre	10 %	24 %

Ainsi, au vu de ces chiffres, il paraît facile de conclure que les nouvelles pièces à risque sont le séjour et la chambre ; exit la cuisine et l'extérieur de la maison. Mais attention, plusieurs éléments ont pu biaiser nos résultats :

- D'une part, les mauvaises conditions météorologiques hivernales ont probablement limité le nombre d'accidents d'extérieur par des sorties moins fréquentes.

- D'autre part, la modification depuis une dizaine d'années de la "silhouette" des habitations, peut être en cause. En effet, nombre de nouvelles constructions possèdent une cuisine ouverte et intégrée au séjour afin d'agrandir l'espace de vie. La limite entre ces deux espaces n'étant pas toujours facile à déterminer, une surestimation des AD dans le séjour est possible au détriment de ceux dans la cuisine.

- Enfin, concluons de manière optimiste : si les AD dans la cuisine diminuent, c'est peut être parce que les risques représentés par cette pièce dangereuse ont été pris en compte et bien gérés par les familles grâce aux différentes campagnes de prévention depuis 20 ans.

F/ A propos de l'activité

Comme dans les autres études, les jeux constituent l'activité la plus souvent enregistrée lors de la survenue d'un AD (62 % des cas).

En revanche, "l'activité ménagère" qui vient en seconde position (19 %) soulève une critique. Cet item est source d'un biais, puisqu'il s'agit le plus souvent de l'activité exercée par le ou les parents au moment de l'accident. Ceci est confirmé par le fait que 45 % des AD chez les enfants de moins de 1 an ont lieu au cours d'une activité ménagère. Ici encore, la responsabilité des parents est en cause.

G/ A propos des lésions et de leur prise en charge

D'après l'enquête CNAMTS [11], les AD génèrent une majorité de lésions sans gravité. Notre enquête le confirme avec :

- 73 cas (67 %) de lésions bénignes
- 27 cas (24 %) de lésions graves (plaie profonde, entorse, fracture, pronation douloureuse, brûlure, TC grave, noyade, asphyxie / CE).

Ces résultats sont confirmés par le fait que :

- 59 % des enfants n'ont nécessité aucun examen complémentaire
- et que 57 % des accidentés ont pu regagner leur domicile rapidement après un traitement initial sans nécessité d'un suivi ultérieur.

H/ A propos du motif de consultation

Durant les 3 mois d'étude, 91 enfants ont été conduits aux urgences des CH de Tulle et Ussel pour se faire examiner. Mais combien d'accidentés ne sont pas venus consulter ?

Les raisons sont nombreuses pour ne pas consulter aux urgences :

- accident sans séquelle physique, donc sans séquelle médicale,
- accident de petite gravité, non avoué voire caché à l'autorité parentale,
- accident dont les conséquences médicales ont été prises en charges par d'autres instances médicales (clinique, médecin généraliste, pharmacien, infirmière ...) ou bien par les parents eux-mêmes,
- décès sur le lieu de l'accident (5 % des accidents selon une étude du SAMU 94) [61].

Selon la CNAMTS, le pourcentage des accidentés ayant recours aux soins varie avec l'âge de la victime. Ainsi, 66 % des accidentés domestiques de moins de 5 ans ont recours à des soins, 73 % chez les 5 - 10 ans et 81 % chez les 10 - 16 ans. Quand il y a nécessité de soins, le médecin consulté appartient à une structure hospitalière dans 45 % des cas [44].

Ce qui permettrait de dire avec une extrapolation grossière que 230 enfants ont été accidentés durant ces 3 mois. 91 ont consulté aux urgences de Tulle ou Ussel, 111 auraient consulté une autre structure médicale, et 28 n'auraient pas eu recours aux soins.

Les brûlures constituent les accidents les plus graves.

Notre étude confirme bien que la brûlure, bien que peu fréquente, se caractérise par sa gravité [44] : le taux d'hospitalisation est élevé (2 cas sur 5), la durée moyenne de séjour est la plus longue (15,5 jours dans notre étude), et la nécessité d'un suivi ultérieur est fréquente (5 cas sur 5).

Selon les différentes études, l'incidence des brûlures chez l'enfant est évaluée entre 3 et 8 % des accidents. D'après une enquête nationale remontant aux années 1991-1992, qui portait sur 968 enfants brûlés hospitalisés en France [62], 87 % des brûlures étaient d'origine domestique, et survenaient dans la cuisine (53 %). Les enfants étaient âgés de moins de 3 ans (59 %) et de sexe masculin (62 %). Les brûlures par liquides chauds représentaient la première cause. Ces chiffres sont retrouvés dans des proportions équivalentes dans les résultats EPAC 200/2003 [22]. Ainsi, bien que notre recrutement de 5 cas soit faible, l'ensemble de ces caractéristiques épidémiologiques est respecté.

Cependant, notons qu'il n'y a pas eu de brûlures par flammes, ni de brûlures électriques, qui représentent respectivement les 2^{ème} et 3^{ème} cause de brûlures après les liquides chauds [22,62].

Notre échantillon est donc trop petit pour être réellement représentatif pour les brûlures.

I/ Au total

Sans surprise, nos résultats sont globalement conformes à ceux de la littérature. Même si notre étude n'a pu être aussi rigoureuse que nous l'aurions souhaité, elle a permis de mettre en évidence :

- le bas âge des enfants touchés par les accidents domestiques (inférieur à 5 ans), et par extension le **défaut de surveillance** de la part des parents,
- l'importance de la traumatologie,
- la prédominance masculine marquée,
- et peut-être 2 nouvelles pièces à risque : le séjour et la chambre.

La surveillance accrue des enfants apparaît comme le facteur essentiel pour diminuer le nombre d'accidents domestiques. Nous devons tous nous sentir concernés !

CONCLUSION

Dans la course à la sécurité, on est encore loin du « risque zéro » à la maison.

Notre étude prospective, réalisée dans deux hôpitaux corréziens, à propos de 91 cas, met en évidence le bas âge des enfants concernés par la pathologie accidentelle, la surreprésentation masculine, l'importance de la traumatologie, ainsi que deux nouvelles pièces à risque : le séjour et la chambre.

Un grand nombre de ces accidents était **EVITABLE**.

Bien sûr, « les ciseaux sont faits pour couper et les aiguilles pour piquer ». Mais il appartient aux parents de prendre toutes les mesures nécessaires pour écarter les risques prévisibles.

Fort heureusement, la plupart des accidents domestiques sont bénins et contribuent à l'éducation des enfants.

En revanche, quelques uns ont des conséquences graves, voire mortelles. Ce sont ceux- là que les parents doivent s'efforcer de **prévenir** en priorité, **en surveillant** constamment l'enfant, puis **en l'éduquant** progressivement aux risques du quotidien.

Enfin, même si de réels progrès ont été faits dans le domaine de la prévention depuis vingt ans, de **nouvelles orientations** semblent nécessaires dès aujourd'hui, car encore trop d'enfants sont victimes chaque année d'un accident domestique.

Ainsi, pourquoi ne pas envisager :

- des dispositifs de sécurité sûrs mais moins coûteux,
- des stratégies et outils mieux adaptés aux familles les plus à risque,
- plus d'actions de terrain,
- plus d'évaluations des actions de prévention,
- et une utilisation plus importante des expériences étrangères et de leurs résultats ?

BIBLIOGRAPHIE

- 1- LAVAUD J, CHOUAKRI O, COPIN C, et al.
A propos des nouveaux risques domestiques de l'enfant. Annales pédiatriques. Paris, 1989, 36, n°9, 623-626.
- 2- LAVAUD J.
Les accidents domestiques : données épidémiologiques. Soins Gyn. Obst. Puer. Pédiatr, 1992, 129 : 16-17.
- 3- LAVAUD J.
Les accidents les plus fréquents chez l'enfant. Journal de Pédiatrie et de Puericulture, 1994, 5 : 296-303.
- 4- LAVAUD J.
Livre Blanc pour la sécurité de l'enfant à la maison, APMS (Association des sociétés d'assurance pour la prévention en matière de santé), 5^{ème} édition, mai 1998.
- 5- ALIX D, FURET E, BLOUET J.M.
Accidents domestiques chez l'enfant. Evaluation, prévention, et collaboration interinstitutionnelle. Entretiens de Bischat, 1996.
- 6- MULLER P, DESURMAN-DEVEUGUE M, DEVEAUX M.
Les intoxications domestiques. Conc. med. 1989, 111, 43, 3869-3873.
- 7- LE CAM J.P.
Thèse : les plantes vertes dangereuses. Etude botanique et toxicologique janv. 1989.
- 8- THELOT B, RICARD C.
Résultats de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante. Années 1999 à 2001. Réseau EPAC. INVS, juin 2003.

- 9- MANACH Y, MORISSEAU-DURAND M.P.
Corps étrangers des voies aériennes. La revue du Praticien, Med. Génér.
1995, n°296-29-34.
- 10- DUVAL C, LENOEL M.
Les accidents domestiques et de loisirs. Rev. Prat., Med. Gén., 1990, 101,
11.
- 11- DUVAL C, NECTOUX M, DARLOT JP.
Rapport type annuel EHLASS – France 1998. Paris, 1999, Direction
générale de la santé. 32 p + annexes.
- 12- DYE DJ, MILLING M. AP, EMMANUEL ER, et al.
Todders, teaposts, kettles: Beware intaoral scalds, British Medical Journal,
1990, 300: 597 – 8.
- 13- AMANZA L, AINAUD P, LE REVEILLE R, et al.
Trou dans l’ozone ou trou dans la peau ? Les dangers mal connus des
bombes aérosols, urgences médicales, 1994, 1315, 210 – 212.
- 14- BIRCHALL MA, HENDERSON HP.
Babywalkers and infants burns, British Med. Journal, 1988, 296: 1641.
- 15- FAZEN LE, FELIZBERTO PI.
Babywalkers injuries, Paediatrics, 70 : 1069, 1992.
- 16- LAVAUD J, HAEGEL A, COPIN C, et al.
L’enfant victime d’un incendie de maison.

- 17- LAVAUD J, LEVEQUE B, LARENG L, JULIEN H.
Enfants victimes d'incendie d'habitation en France, mortalité, morbidité, prévention. Bulletin académique Nat. de Med, 1233 1993, 177(7) :
1233-9 ; Discussion 1240-2.
- 18- L'HEUREUX P, ASKENSASI.
L'inhalation de fumée chez les victimes d'incendie. Réan, soins intensifs,
Med. Urg. 6,5 : 383 – 390.
- 19- IMBERT M.
Enfants victimes de fumées d'incendie. Pédiatrie d'urgence, 2, 27 – 30,
1993.
- 20- TAHIRI C, HUAULT G, JULIEN H.
Inhalations de fumées d'incendies, journées parisiennes de pédiatrie, 1993,
Paris, Ed. Flammarion Med – science.
- 21- KIELY B, GILL D.
Revue de presse de 58 ingestions de piles boutons à mercure, British Med.
Journal 1986 ; 293 : 308 – 9.
- 22- THELOT B, RICARD C.
Résultats de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante,
années 2002-2003. Réseau EPAC-INVS, octobre 2005.
- 23- Bulletin du SHIRPT, 1997.
- 24- DUVAL C.
Les accidents dus aux chiens. Revue du Prat. Med. Gén. 91, n° 129.

- 25- ERMANAL C, RICARD C, THELOT B.
Réseau de surveillance des noyades (Resun), surveillance épidémiologique des noyades accidentelles en France au cours de l'été 2003 BEH n° 10/2004.
- 26- Loi n° 2003 – 9 relative à la sécurité des piscines. JO n° 3 du 4 janvier 2003 ; p 278.
- 27- Décret n° 2003 – 1389 du 31 décembre 2003 relatif à la sécurité des piscines et modifiant le code de la construction et de l'habitation. JO n° 1 du 1^{er} janvier 2004 ; p 89.
- 28- BLUM C, SHIELD J.
Toddler drowning in domestic swimming pools. Inj Prev 2000 ; 6 : 288 – 90.
- 29- Les accidents du jeune enfant dans la vie courante. Le Généraliste, n° 2305, 22 octobre 2004.
- 30- ROGMANS W.
Les accidents domestiques et de loisirs des jeunes de moins de 25 ans dans l'Union européenne : défi pour demain. Santé Publ 2000 ; 12 :283 :98.
- 31- BAUDIER F.
La santé en action. Comité d'Education pour la santé, décembre 1992.
- 32- DUVAL C, PLAISANT J.
Allo maison bobo. Edition Flammarion ,1993.

- 33- DUVAL C, DE LA GUERONNIERE V.
Les accidents de la vie domestique chez les enfants. Une des premières causes de décès dans cette population. La revue du Prat. Med. Gén. 1989, 78 : 93 – 105.
- 34- Prévention des accidents domestiques, prenez les devants. Abst. Ped. 1990, n° 39.
- 35- LAVAUD J.
La sécurité de vos enfants. SOS accidents. Hachette édition, Paris, 1987, p 11-19 ; 191-194.
- 36- Unintentional infant injuries: sociodemographic and psychosocial factors. Public Health Nursing, 1994, Vol 11, n° 2, 90-97.
- 37- SIBERT JR.
Stress in families of children who have ingested poisons. British Med. Journal, 1975, 3: 87-89.
- 38- TURSZ A, FELIX M.
Les accidents domestique de l'enfant. Editions Syros/Alternatives.
- 39- La Santé en Chiffres. Accidents de la vie courante en 2000. Cnamts, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, COAC, CFES – Paris, 2000.
- 40- LAVAUD J, CHOUAKI O, LANVERGEON V.
Accidents domestiques et prévention dans le cadre de la petite enfance issue de l'immigration. Migration Santé, 1990, 60 : 22-27.
- 41- TERRIER G, LANSADE A, LONGIS B, MOULIS D, et al.
Les accidents d'enfants en milieu rural. Ann. Pédiatr, Paris, 1994, 41, n° 7 : 422-427.

- 42- THELOT B, BRUCKER G.
Les accidents de la vie courante. BEH n° 19-20 / 2004.
- 43- DUVAL C, SALOMON L.
Les accidents de la vie courante. Direction générale de la santé, Ministère du travail et des affaires sociales. La documentation française, 1998.
- 44- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Enquête sur les accidents de la vie courante. Résultats de 1987 à 1994. Dossiers Etudes Statistiques n° 38, Paris, 1997. Département statistique de la CNAMTS 114p.
- 45- Annales pédiatriques : Organisation de la prévention en France, 1999, p 296-299.
- 46- COULON, STRUMEYER C.
Une cuisine géante. Soins Gyn. Obst. Pédiatr., 1992, 129, 34-36.
- 47- TARLE G.
Comment intégrer l'éducation sanitaire aux activités et programmes scolaires ? Journées parisiennes de Péd, Flam. Med. Sciences, 1990, 261-262.
- 48- DE MONTIS G.
L'éducation sanitaire à l'école. Qui, comment, pourquoi ? Un nouveau défi. Journées parisiennes de Péd, Flammarion Med. Sciences, Paris 1990, 259-260.

- 49- PACLOT C, LEFEVRE B, CRETIN C, LEQUELLEC M.
Carnet et certificat de santé de l'enfant. Les nouveaux modèles. La Revue du Praticien, tome 56 n° 2. Monographie du 31/01/2006.
- 50- Institut de prévention des accidents domestiques (IPAD).
www.pad-asso-fr communiqué du 11 février 2006.
- 51- BOTTING B.
Mortality in childhood. In: DREVER F, WHITEHOOD M., Health inequalities; decennial supplement. Series DS n° 15. The Stationery Office, London, 1997.
- 52- TURSZ A.
La santé de l'enfant. Inégalités sociales de santé.
La Découverte / Editions de l'Inserm, Paris 2000, p 193-26.
- 53- TURSZ A, MANCIAUD M.
L'accident chez l'enfant et l'adolescent. Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 2^{ème} édition, Paris 1995, Tome 4 : p 2483-2526.
- 54- Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
1997-1999 World Health Statistics Annual – Genève.
<http://www3.who.int/whosis/>
- 55- CRAFT AW, SIBERT JR.
Accidental poisoning in children.
Br. J. Hosp. Med. 1977, 17: 469-478.
- 56- BAKER SP.
Childhood injuries: the community approach to prevention. J. Public Health Policy 1981, 2: 235-246.

- 57- DERSHEWITZ RA, WILLIAMSON JW.
Prevention of childhood household injuries: a controlled clinical trial. *Am J. Public Health* 1977; 67: 1148-1153.
- 58- SZNAJDER M, JANVRIN MP, BAUDIER F.
Evaluation d'une trousse de prévention des accidents domestiques de jeunes enfants dans quatre communes françaises. *La lettre du CIRPAE* 2002, n° 59.
- 59- TURSZ A, LELONG N, CROST M.
Etude épidémiologique de la pathologie accidentelle du nourrisson, 1992.
- 60- Analyse des données concernant les enfants victimes d'un accident de la vie courante de novembre 2005 à janvier 2006 au sein du CHU de Limoges. Réseau EPAC.
- 61- GAILLARD M, HERVE C, SAMU 94.
L'aide médicale urgente et les accidents domestiques graves de l'enfant. A propos de 630 cas en cinq ans. Leur place dans l'ensemble de la pathologie accidentelle traumatique, *Ann Pédiat*, 1991, 38, 311 – 7.
- 62- MERCIER C, BLOND MH.
Enquête épidémiologique française sur la brûlure de l'enfant de 0 à 5 ans. *Arch Pédiat* 1995 ; 2 : 949 – 56.
- 63- LAVAUD J, KTARI F.
Brûlures de l'enfant : les premiers gestes. *La revue du prat. Méd. Génér*, Tome 20. N° 720/721 du 13/02/2006.
- 64- COLVER AF, HUTCHINSON PJ, JUDSON EC.
Promoting children's home safety. *Br Med J*, 1982, 285: 117 – 1180.

65- TURSZ A.

Les traumatismes accidentels dans l'enfance : magnitude du problème, déterminants, propositions d'actions et de mode d'évaluation des résultats.
Janvier 2003.

66- VEDRINE M.

Commission de la Sécurité des Consommateurs. Rapport 2001.

ANNEXES

ANNEXE 1

DIX RECOMMANDATIONS DE LA SECURITE **A LA MAISON**

(Comité national de l'enfance)

1. Plus de 2 accidents sur 3 se produisent l'enfant étant seul. Le risque éducatif est la vaccination contre les accidents.
2. Placer les médicaments hors de portée dans une armoire à pharmacie fermée à clef.
3. Ne pas mettre de produits dangereux dans des récipients alimentaires.
4. Attention : parmi les produits ménagers, l'eau de Javel est le plus souvent en cause.
5. Chien inconnu - chien dangereux.
6. Ne jamais laisser un enfant à côté d'un barbecue.
7. Toujours débrancher les rallonges électriques après utilisation.
8. Bricolage et jardinage : 2 facteurs favorisant souvent méconnus.
9. Protéger fenêtres et escaliers.
10. Mettre hors de portée tout objet pouvant être dangereux (cordelettes de rideau en U, armes, outils...).

Le questionnaire est strictement anonyme ANNEXE 2

Lisez attentivement les questions posées
Cochez la (les) case(s) correspondant à votre situation
et notez lisiblement vos réponses.

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

1

Quelle est la date de naissance du chef de ménage (1) ?

Est-il ? de sexe masculin de sexe féminin

Quelle est sa nationalité ?

Quelle est la profession qu'il exerce actuellement ?

III ➔ Si le chef de ménage est retraité (ou retiré des affaires) ou sans travail et à la recherche d'un emploi ou veuve n'ayant jamais travaillé,
indiquez son ancienne profession

(celle du mari défunt pour une veuve n'ayant jamais travaillé)

Quel est le statut professionnel du chef de ménage ?

(indiquez s'il est Indépendant, Fonctionnaire ou Salarié d'Entreprise)

Ne rien inscrire dans ces cases

2

Combien de personnes habitent le logement ? _____

Compter aussi les enfants mis en pension dans un établissement scolaire, les personnes effectuant leur service militaire et les personnes qui ne font pas partie de la famille, mais vivent régulièrement dans le logement.

Parmi les personnes habitant le logement :

combien y a-t-il d'enfants de moins de 16 ans ? _____

combien de personnes exercent une activité professionnelle ? _____

combien de personnes ont le statut d'assuré social auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ? _____

L'assuré social est celui au nom de qui la Sécurité Sociale effectue les remboursements. Ainsi, un enfant n'est généralement pas assuré social, mais ayant droit de l'un de ses parents, assuré social.

Pour chacune des personnes habitant le logement (y compris le chef de ménage), indiquez (2) :

	l'âge	le sexe (Masculin ou Féminin)	la profession	le statut professionnel (indiquez : Indépendant, Fonctionnaire ou Salarié d'Entreprise)
personne n° 1	_____	_____	_____	_____
personne n° 2	_____	_____	_____	_____
personne n° 3	_____	_____	_____	_____
personne n° 4	_____	_____	_____	_____
personne n° 5	_____	_____	_____	_____
personne n° 6	_____	_____	_____	_____
personne n° 7	_____	_____	_____	_____
personne n° 8	_____	_____	_____	_____
personne n° 9	_____	_____	_____	_____
personne n° 10	_____	_____	_____	_____

*Ce questionnaire
est strictement anonyme.*

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE

ACCIDENT SURVENU PENDANT LES DOUZE DERNIERS MOIS

Tomber dans l'escalier, se brûler avec de l'huile de friture ou dans l'eau du bain trop chaude (les enfants notamment), s'intoxiquer en absorbant par erreur un produit d'entretien, glisser sur un trottoir mouillé en allant faire les courses, se fracturer la jambe au cours d'un entraînement sportif, se blesser en beurtant un camarade dans la cour de récréation, être mordu par un chien pourtant habituellement inoffensif, TOUS CES RISQUES, et d'autres encore, nous y sommes exposés quotidiennement. Un grand nombre d'entre eux pourraient être évités s'ils étaient mieux connus. Aussi, nous vous demandons de répondre aux questions qui suivent.

Lisez attentivement les questions posées
Cochez la (les) case(s) correspondant à votre cas
et notez lisiblement vos réponses.

Si, pour diverses raisons, l'accidenté n'est pas en mesure de remplir le questionnaire, nous prions une personne de son entourage de le faire à sa place.

1 L'accident de la "vie privée" dont vous avez été victime est-il survenu ?

- ▣ au domicile ou dans ses abords immédiats
(cour, jardin, etc.)
- ▣ au cours d'une activité sportive
(football, rugby, tennis, planche à voile, ski, etc.)
- ▣ pendant les loisirs ou les vacances
(au cinéma, au restaurant, au café, à la plage, au centre aéré, etc.)
- ▣ à l'école (seulement si l'accidenté est un enfant)
- ▣ à un autre moment de la "vie privée" (précisez) : _____
(dans un magasin, sur un trottoir, dans un parking, etc.)

Ne rien inscrire dans ces cases

2 Lieu de l'accident

- ▣ Si l'accident est survenu dans le logement ou ses abords immédiats, indiquez précisément le lieu (cuisine, salle de bains, garage, cour, atelier de bricolage, etc.) : _____
- ▣ Si l'accident n'est pas survenu dans le logement ou ses abords immédiats, indiquez l'endroit (école, trottoir, magasin, plage, camping, etc.) : _____

STA.VDA

Tournez la page S.V.P

ANNEXE 4
Système européen de surveillance des accidents domestiques
et de loisirs

Nom de l'interne : _____ | Nom : _____
 heure d'arrivée : _____ | étiquette ou | Prénom : _____
 _____ | Naissance : _____ sexe : _____
 _____ | Date d'arrivée : _____

Accid. Voie Publique |1| Accident du Travail |2| Tentative de Suicide |3|
 Accident Domestique |4| Accident de Loisir |5|

PARTIE A REMPLIR SEULEMENT EN CAS D'ACCIDENT DOMESTIQUE ET DE LOISIRS

TRAITEMENT ET SUIVI

Retour sans traitem. |1| Retour ap trait. init|2| Trait. puis medecin |3|
 Soins Externes _____ |4| Traité et Hospitalisé|5| Décédé _____ |6|

MECANISME DE L'ACCIDENT

Chute de sa hauteur 01	Chute d'une hauteur 02	Chute non spécifiée 03
Déformation physique 04	En coupant des obj. 05	Coup - Collision 06
Ecrasement 07	Explosion 08	Autre Contact 09
Contact brutal SAI 88	Corps étrangers 10	Strangulation 11
Obstruction Respira. 12	Noyade 13	Empoisonnement 14
Corrosion chimique 15	Liquide chaud-Vapeur 16	Objets : (Casseroles) 17
Feu - Flammes 18	Froid 19	Autre exposit. therm. 20
Lumières-Radiation 21	Electricité 22	Autre mécanisme spéci 98

LIEU DE L'ACCIDENT

Intérieur maison SAI 10	Escalier intérieur 11	Cuisine 12
Salle de bain 13	Salon-Salle à mang. 14	Autre pièce 15
Toilettes	chambre à coucher	dans la maison
Autour de maison SAI 20	Jardin 21	Remise-Cabane-Garage 22
piscine privé		serre
Chemin - Cour 23	Escalier extérieur 24	Autre : Autour maison 25
Escaliers SAI 28	Int-Ext maison SAI 29	Lieu de transport 30
Ferme - Usine SAI 40	Ferme 41	Bâtiment Industriel
Autre bâtiment 48	Lieu éducatif SAI 50	A l'intérieur d'un
Cour de récréation 52	Autre lieu éducatif 58	bâtiment d'educat. 51
Commerce-Service SAI 60	Boutiques 61	Bâtiment pub. : Musée 62
Hôtel-Motel 63	Autre commerce 68	Aire de sport SAI 70
Gymnase 71	Stade 72	Piscine intérieure 71
Piscine découverte 74	Piscine non Précisée 75	Aire de sport spécif.
Aire de jeux 80	Parc de loisirs 81	cir moto/vélo cross 78
Dancing -Discothèque 82	Square 83	Lieu de camping 84
Bois Campagne 85	Mer-Lac-Rivière 86	Autre lieu SAI 99

ACTIVITE AU MOMENT DE L'ACCIDENT

Activité ménagère	10	Bricolage-Jardinage	20	Courses	30
Éducation physique	41	Entraînement	42	Sport non précisé	50
Sport non organisé	51	Sport organisé	52	Jeux-Autre loisir	60
Manger - Se laver	70	Autre activité	98		
		aller école-transp bébé			

TYPE DE LESION

Contusion ou Hémat.	01	Abrasion	02	Plaie ouverte	03
Fracture	04	Luxation	05	Entorse	06
Lésion nerveuse	07	Lésion des vaisseaux	08	Lésion tendon/muscle	09
Ecrasement	10	Empoisonnement	11	Brûlures	12
Electrocution	13	Radiation	14	Gelure	15
Contusion cérébrale	16	Pas de lésion	97	Autre type de lésion	99

PARTIE DU CORPS LESE

Cerveau	10	Crâne	11	Oreille	12
Globe oculaire	13	Nez	14	Dents	15
Machoire	16	Cavite buccale	17	Visage	18
Cou-Gorge (externe)	21	Cou-Gorge (interne)	22	Colonne cervicale	23
Thorax - Dos	31	Thorax - Face	32	Clavicule	23
Poumons	34	Coeur	35	Colonne dorsale	36
Thorax non précisé	39	Organes internes	41	Paroi abdominale ext.	42
Fesses	43	Bassin - Pelvis	44	Organes génitaux	45
Colonne lombaire	46	Bas du dos non spé	49	Epaule	51
Bras	52	Coude	53	Avant bras	54
Poignet	55	Mains sauf doigts	56	Doigts	57
Membre supérieure SAI	59	Cuisse	61	Genou	62
Jambe	63	Cheville	64	Pieds sauf orteils	65
Orteils	66	Membre inférieur SAI	69		
Lésion Corps < 25%	70	Lésion de 25 à 50%	92	Lésion a plus de 50%	93
Surface non précisée	94	Corps entier lésé	95		

PRODUIT

Produit ayant causé l'accident :
Produit ayant causé la lésion :
Autre produit en cause :

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT

NOM DU COORDINATEUR | | | | | | | | | |

ANNEXE 5

CENTRES ANTI-POISONS FRANCAIS

75 - PARIS

PARIS 10 ème

ASITEST

Hôpital Fernand Widal
200 rue du Fbg Saint-Denis
75010 Paris

Tel : 01 40 05 43 35

Association scientifique d'information
toxicologique et d'études de la sécurité
des thérapeutiques.

CENTRE ANTI-POISONS

Hôpital Fernand Widal
200 rue du Fbg Saint-Denis
75475 Paris Cedex 10
Tel : 01 40 37 04 04

77 - SEINE ET MARNE

LAGNY SUR MARNE

Centre hospitalier de Lagny
Marne La Vallée
31 avenue du Gén Leclerc
77405 Lagny sur Marne Cedex
Tel : 01 64 30 70 70

13 - BOUCHES DU RHONE

MARSEILLE 9ème

Centre anti-poisons
Hôpital Salvator
249 bld Sainte Marguerite
13277 Marseille Cedex 09
Tel : 04 91 75 25 25

31 - GARONNE (HAUTE)

TOULOUSE

Centre anti-poisons
Centre de Toxicovigilance
Hôpital Purpan
31059 Toulouse Cedex
Tel : 05 61 49 33 33 et 15

33 - GIRONDE

BORDEAUX

Centre anti-poisons
Hôpital Pellegrin Tripode
PL Amélie Raba Léon
33076 Bordeaux Cedex
Tel : 05 96 40 80

34 - HERAULT

MONTPELLIER

Centre anti-poisons
Hôpital Lapeyronie
34059 Montpellier Cedex
Tel : 04 67 63 24 01

35 - ILLE ET VILAINE

RENNES

Centre anti-poisons et de toxicovigilance
Hôpital Pontchaillou
Pavillon Clémenceau
rue Henri Le Guilloux
35000 Rennes
Tel : 02 99 59 22 22 et
02 99 28 42 22

37 - INDRE ET LOIRE

TOURS

Centre anti-poisons
CHU Bretonneau
2 bld Tonnellé
37044 Tours Cedex
Tel : 02 47 64 64 64

38 - ISERE

GRENOBLE

Centre anti-poisons
CHU
BP 217
38043 Grenoble Cedex 09
Tel : 04 76 42 42 42

49 - MAINE ET LOIRE

ANGERS

Centre anti-poisons
Centre Hospitalier
49033 Angers Cedex
Tel : 02 41 48 21 21

51 - MARNE

REIMS

Centre anti-poisons
Hôpital Maison BLanche
51092 Reims Cedex
Tel : 03 26 86 26 86

54 - MEURTHE ET MOSELLE

NANCY

Centre anti-poisons
Hôpital Central
29 AV de Lattre de Rassigny
54000 Nancy
Tel : 03 83 36 36 36 et 03 83 32 36 36

59 - NORD

LILLE

Centre anti-poisons
Centre Hospitalier Régional
5 AV Oscar Lambret
59037 Lille Cedex
Tel :03 20 54 55 56

67 - RHIN (BAS)

STRASBOURG

Centre anti-poisons
Pavillon Pasteur Hôpital Civil
1 place de l'Hôpital
97091 Strasbourg Cedex
Tel : 03 88 16 11 44

69 - RHONE

LYON 3ème

Centre anti-poisons
Hôpital Edouard Herriot
5 Place d'Arsonval
69437 Lyon Cedex
Tel : 04 78 54 14 14

76 - SEINE MARITIME

ROUEN

Centre anti-poisons
Hôpital Charles Nicolle
1 rue de Germont
76031 Rouen
Tel : 02 35 88 44 00

ANNEXE 7

ENQUETE SUR LES ACCIDENTS DOMESTIQUES
ENFANTS DE 0 – 16 ANS
Du 01/11/05 au 01/02/06

CH Brive CH Tulle CH Ussel

N° DOSSIER :

SEXE DE L'ENFANT : masculin féminin

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

AGE DU PATIENT :

RANG DANS LA FRATRIE : FRATRIE :

PERSONNE AYANT EN CHARGE LA GARDE DE
L'ENFANT :

DATE DE L'ACCIDENT :/...../.....

HEURE DE L'ACCIDENT :h.....mn

SERVICE DE PRISE EN CHARGE : urgence
pédiatrie

ENFANT DEJA CONNU DU SERVICE : oui non

MECANISME DE L'ACCIDENT

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> chute | <input type="checkbox"/> autres expositions thermiques | <input type="checkbox"/> coup, collision |
| <input type="checkbox"/> écrasement, pincement | <input type="checkbox"/> en coupant des objets | <input type="checkbox"/> projection d'objets |
| <input type="checkbox"/> corps étrangers | <input type="checkbox"/> en perçant des objets | <input type="checkbox"/> obstruction respiratoire |
| <input type="checkbox"/> noyade | <input type="checkbox"/> explosion | <input type="checkbox"/> autres mécanismes de contact
(piqûres) |
| <input type="checkbox"/> liquides chauds + vapeurs | <input type="checkbox"/> strangulation | <input type="checkbox"/> mécanisme inconnu |
| <input type="checkbox"/> froid | <input type="checkbox"/> empoisonnement, intoxication | <input type="checkbox"/> autre |
| <input type="checkbox"/> électricité | <input type="checkbox"/> objets chauds (casseroles...) | |

TYPE DE LESION

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> commotion | <input type="checkbox"/> lésion vasculaire | <input type="checkbox"/> électrocution |
| <input type="checkbox"/> contusion, hématome | <input type="checkbox"/> lésion tendineuse
et/ou musculaire | <input type="checkbox"/> radiation (soleil) |
| <input type="checkbox"/> écorchure | <input type="checkbox"/> écrasement | <input type="checkbox"/> gelure |
| <input type="checkbox"/> plaie | <input type="checkbox"/> amputation | <input type="checkbox"/> asphyxie, suffocation |
| <input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> empoisonnement, intoxication | <input type="checkbox"/> pas de lésion diagnostiquée |
| <input type="checkbox"/> luxation | <input type="checkbox"/> brûlure | <input type="checkbox"/> autre |
| <input type="checkbox"/> entorse, foulure | <input type="checkbox"/> corrosion (chimique) | <input type="checkbox"/> lésion inconnue |
| <input type="checkbox"/> lésion nerveuse centrale
et périphérique | | |

PARTIE DU CORPS LESE

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> cerveau | <input type="checkbox"/> clavicule | <input type="checkbox"/> bras |
| <input type="checkbox"/> crâne (os + cuir chevelu) | <input type="checkbox"/> poumons, médiastin | <input type="checkbox"/> coude |
| <input type="checkbox"/> oreille | <input type="checkbox"/> cœur | <input type="checkbox"/> avant-bras |
| <input type="checkbox"/> globe oculaire | <input type="checkbox"/> colonne dorsale | <input type="checkbox"/> poignet |
| <input type="checkbox"/> nez | <input type="checkbox"/> thorax non précisé | <input type="checkbox"/> mains |
| <input type="checkbox"/> dents | <input type="checkbox"/> organes internes-abdominaux-
diaphragmes | <input type="checkbox"/> doigts |
| <input type="checkbox"/> mâchoire (os) | <input type="checkbox"/> paroi abdominale | <input type="checkbox"/> membre supérieur non précisé |
| <input type="checkbox"/> cavité buccale | <input type="checkbox"/> fesses | <input type="checkbox"/> cuisse (os + muscle) |
| <input type="checkbox"/> visage | <input type="checkbox"/> hanche, pelvis | <input type="checkbox"/> genou |
| <input type="checkbox"/> cou, gorge, partie externe | <input type="checkbox"/> organes génitaux externes | <input type="checkbox"/> jambe (os + muscle) |
| <input type="checkbox"/> cou, gorge, partie interne | <input type="checkbox"/> colonne lombaire | <input type="checkbox"/> cheville |
| <input type="checkbox"/> colonne cervicale | <input type="checkbox"/> bas du dos non spécifié | <input type="checkbox"/> pieds sauf orteils |
| <input type="checkbox"/> thorax, dos | <input type="checkbox"/> épaule | <input type="checkbox"/> orteils |
| <input type="checkbox"/> thorax, face | | <input type="checkbox"/> membre inférieur non précisé |

LIEU DE L'ACCIDENT

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> intérieur maison non spécifié | <input type="checkbox"/> chambre à coucher | <input type="checkbox"/> remise, cabane de jardin |
| <input type="checkbox"/> escaliers intérieurs (privés) | <input type="checkbox"/> autre pièce dans la maison | <input type="checkbox"/> chemin, cour (privé) |
| <input type="checkbox"/> cuisine | <input type="checkbox"/> autour de la maison non
spécifié | <input type="checkbox"/> escaliers extérieurs |
| <input type="checkbox"/> salle de bain, toilettes | <input type="checkbox"/> jardin | <input type="checkbox"/> autre autour de la maison |
| <input type="checkbox"/> salon, salle à manger | | |

ACTIVITE AU MOMENT DE L'ACCIDENT

- | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> activité ménagère | <input type="checkbox"/> courses | <input type="checkbox"/> autre |
| <input type="checkbox"/> bricolage, jardinage | <input type="checkbox"/> jeux | <input type="checkbox"/> inconnu |

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> aucun | <input type="checkbox"/> biologie | <input type="checkbox"/> échographie |
| <input type="checkbox"/> radiographie simple | <input type="checkbox"/> scanner - IRM | <input type="checkbox"/> autre |

TRAITEMENT ET SUIVI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> avis spécialisé | |
| <input type="checkbox"/> examiné et renvoyé chez lui sans traitement | |
| <input type="checkbox"/> retour au domicile après traitement initial | |
| <input type="checkbox"/> traité puis suivi par médecin traitant | |
| <input type="checkbox"/> traité et suivi en soins externes par le centre hospitalier | |
| <input type="checkbox"/> traité et hospitalisé | <input type="checkbox"/> nombre de jours d'hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> décédé | |
| <input type="checkbox"/> transfert | |
| <input type="checkbox"/> inconnu | |

Merci pour votre collaboration à ma thèse.

Virginie Massonnaud



Fig. 6

Si l'enfant ne respire plus :

- l'allonger sur le dos ;
- renverser sa tête en arrière pour faciliter le passage de l'air ;
- ouvrir la bouche de l'enfant et dégager le passage : sa langue peut obstruer les voies aériennes ;
- placer la bouche ouverte sur celle de l'enfant. S'il est petit,

sur la bouche et le nez ;

- envoyer ainsi de l'air toutes les 3 à 5 secondes ;
- se retirer entre chaque bouffée pour permettre à l'air de sortir des poumons de l'enfant ;
- si la respiration reprend la poutine de l'enfant doit bouger



MANOEUVRE EN CAS DE FAUSSE ROUTE

Si le corps étranger n'est pas expulsé malgré les efforts de toux de l'enfant :

- se mettre derrière lui ;
- appuyer avec les poings sur son estomac ;
- répéter la manœuvre plusieurs fois (Heimlich)

Fig. 7

POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ

L'enfant respire, son pouls est perçu, mais il est inconscient :

- allonger l'enfant ;
- desserrer ses vêtements ;
- dégager la cavité buccale, tête basculée en arrière ;

- prendre un bras et la partie inférieure de la cuisse de l'enfant et le faire pivoter vers soi ;
- la bouche doit rester ouverte pour permettre à l'enfant de vomir

Fig. 8



ANNEXE 9

Les messages de santé

N Renouvelés dans leur conception, enrichis de nombreuses illustrations, les messages de santé et les conseils à l'usage des parents, des enfants et des adolescents sont conçus pour susciter les échanges lors des consultations.

N'hésitez pas à recommander la lecture de ces pages à vos interlocuteurs. Insistez auprès des parents pour qu'ils relaient ces messages auprès des personnes amenées à s'occuper de leur enfant, même de façon occasionnelle (famille, assistantes maternelles, baby-sitters...).

Ces messages concernent les principaux thèmes de prévention suivants :

- **Conseils aux parents sur :** (pages 12 à 16 du carnet de santé)
 - L'hygiène
 - Le rythme de vie
 - L'alimentation et notamment le soutien à l'allaitement maternel
 - La prévention du syndrome du bébé secoué

! *Les hématomes sous-duraux sont responsables de décès ou de handicap définitif.*

Il est conseillé aux parents, lorsqu'ils se sentent dépassés par les pleurs du bébé, de le confier à un tiers, le temps pour eux de se reposer.

- La prévention du tabagisme passif
- Les conduites à adopter pour préserver la sécurité de l'enfant (ex : ne pas le laisser seul)
- Le développement et la prévention des troubles sensoriels (ex : vue, audition)
- La prévention de la mort subite du nourrisson (MSN)⁽¹⁾



! *Le bébé doit être couché sur le dos, jamais sur le ventre ni sur le côté, seul dans son lit.*



• **Conduites à tenir quand un enfant de plus de 3 mois présente** (pages 22-23 du carnet de santé)

- une fièvre
- une diarrhée
- des vomissements
- des troubles respiratoires

! *Ces messages doivent être lus avec les parents et expliqués.*

(1) Campagne « bébé secoué » du CRFPC. Voir dans « ressources » en fin de ce guide

(2) Même si la mortalité a beaucoup diminué depuis la première campagne de prévention de la MSN en 1994, passant de 1100 à 350 décès par an, elle est maintenant globalement stable.

Protégez votre enfant

Portes : Apprenez à votre enfant à ne pas mettre ses doigts dans les embrasures des portes.

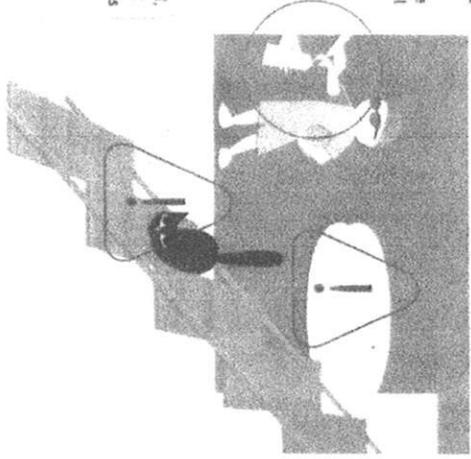
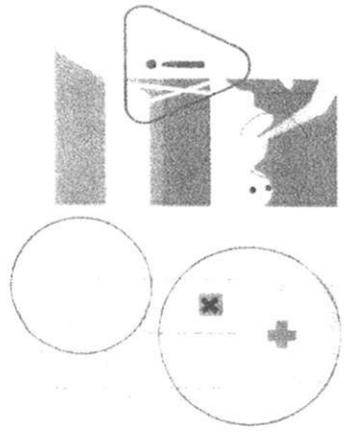
Produits dangereux : Ranger flacons, médicaments et produits d'entretien hors de portée de votre enfant.

Prises et appareils électriques : Protégez toutes vos installations électriques.

Le risque de noyade : Près de l'eau, ne quittez jamais votre enfant des yeux.

Soleil : Pensez à protéger votre enfant du soleil.

Animaux : Ne laissez pas votre enfant seul avec votre animal domestique.



En cas d'ingestion de médicament, de produit ménager ou de produit chimique, ne pas faire vomir, ne pas faire boire.

Appellez le 15 (SAMU)

ou le 112 (numéro d'urgence Européen)

(1) En 1999, les accidents de la vie courante ont été la cause de 342 décès chez l'enfant de moins de 15 ans (Source InVS).

Surveillance médicale

Surveiller, interdire, expliquer

Escaliers : Apprenez à votre enfant à descendre et à monter les escaliers.

Fenêtres : Ne laissez pas votre enfant seul dans une pièce où les fenêtres sont ouvertes.

Objets coupants : Ranger les objets coupants (couteaux, ciseaux...) hors de portée de votre enfant.

Four : Équipez-vous d'un four « porte froide » ou d'une grille de protection.

Casseroles : Pensez à tourner toujours le manche de la casserole, de la poêle, vers l'intérieur.

Allumettes : Placez allumettes et briquet hors de portée des enfants.

Sac en plastique : Interdisez à votre enfant de jouer avec des sacs plastique. Ranger-les hors de sa portée.

Les petits aliments et petits objets : cacahuètes, bonbons, billes, doivent être mis hors de portée des enfants.

Intubation d'un corps étranger

Brutalement l'enfant a du mal à respirer, est pris d'une violente quinte de toux. Maintenez-le en position assise ou debout.

Appellez le 15 (SAMU)

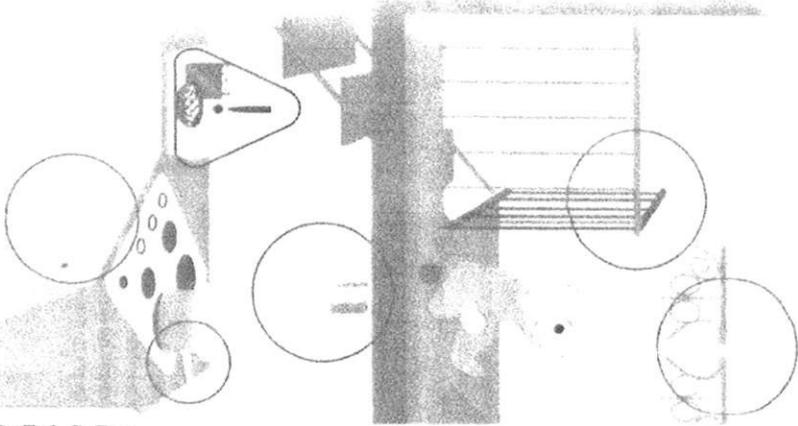
ou le 112 (numéro d'urgence Européen)

En cas de brûlure, douchez la partie brûlée à l'eau fraîche pendant

5 à 10 minutes.

Appellez le 15 (SAMU)

ou le 112 (numéro d'urgence Européen)



ANNEXE 10

la loi du 21 juillet 1983

pose une obligation générale de sécurité :

« Les produits ou les services doivent dans des conditions normales d'utilisation ou dans d'autres conditions raisonnablement prévisibles par le professionnel présenter la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre et ne pas porter atteinte à la santé des personnes »

La loi de 1983 : un tremplin pour l'action

L'article 2 de la loi permet au gouvernement d'interdire ou de réglementer par décret, après avis du Conseil d'Etat et de la Commission de la sécurité des consommateurs, les produits ou services qui ne présentent pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre ou qui peuvent présenter un risque pour la santé des personnes [1].

Pour éviter la répétition d'un type donné d'accidents, la loi prévoit des mesures spécifiques :

- en cas de danger grave ou immédiat, le préfet dans chaque département ou le ministre de la Consommation et ses collègues intéressés peuvent prendre des arrêtés suspendant la commercialisation d'un produit ou ordonnant sa destruction [2] ;

- ces mesures sont limitées dans le temps (quinze jours au niveau du préfet et un an au plan ministériel), mais lorsque le danger est permanent, le Premier ministre peut prendre un décret pour adapter la réglementation [3] ;

- par ailleurs, les ministres peuvent adresser aux professionnels des mises en garde, leur demandant de mettre les produits qu'ils offrent au public en conformité avec les règles de sécurité [4] ;

- les ministres peuvent en outre prescrire aux professionnels de soumettre leurs pro-

duits ou services au contrôle d'un organisme habilité [5].

La loi de 1983 a également créé la Commission de la sécurité des consommateurs, composée de magistrats, de professionnels, de consommateurs et d'experts. Cette commission, qui éclaire le gouvernement de ses avis, recense les informations sur les dangers et en informe le public.

Quant aux sanctions

Les produits, objets ou appareils, reconnus non conformes aux lois et règlements en vigueur et présentant un danger pour la santé ou la sécurité des consommateurs peuvent faire l'objet d'une saisie. Celui qui a mis les produits incriminés sur le marché encourt des peines d'amende de 2 000 à 5 000 F, voire un emprisonnement de six mois à quatre ans. Il est naturellement tenu de faire afficher le jugement et de prévenir le public à ses frais.

L'inobservation des décrets ou arrêtés pris sur la base de la loi du 21 juillet 1983 entraîne deux types de sanctions pour l'auteur de l'infraction :

- d'une part, des contraventions de 1 300 à 5 000 F par article non conforme, selon la gravité de l'infraction ;

- d'autre part, le tribunal peut ordonner la publication de la décision de condamnation et la diffusion de message informant le public de cette décision, le retrait ou la destruction des produits et la confiscation de tout ou partie du produit de

la vente des produits ou services sur lesquels a porté l'infraction □

[1] Décret du 28.04.87 sur les colles à boyeux ; décret du 28.04.88 sur les produits contenant de l'amiante ; décret du 06.06.88 sur l'utilisation de mousse urée formol...

[2] Arrêté du 21.07.87, essoreuses à linge ; arrêté du 22.06.88, robots ménagers fabriqués à Hong-Kong.

[3] Arrêté du 31.08.84 portant pour un an suspension de la fabrication, de l'exportation, de l'importation et de la mise sur le marché de gommages à effacer rappelant des denrées alimentaires puis décret du 18.02.86 ayant le même objet.

[4] Injonction du 30.04.88 sur les portes de garage automatiques ; injonction du 30.10.87 concernant les sapins de Noël artificiels...

[5] Injonction du 10.11.87 concernant des guirlandes électriques...

La Commission de la sécurité et des consommateurs

La loi du 21 juillet 1983 a créé la Commission de la sécurité des consommateurs* (CSC) en lui conférant trois missions.

- La Commission est appelée à rendre des avis sur saisine de toute personne physique ou morale et à proposer toute mesure susceptible d'améliorer la prévention des risques en matière de sécurité. Quatre-vingt-un avis ont déjà été rendus par la Commission.

- Elle a pour tâche également le recueil de données épidémiologiques de toutes origines.

- Elle assure enfin une large mission d'information grâce en particulier au réseau Minitel 36.14 SECURITAM, qui constitue un outil efficace pour diffuser et recevoir des informations mais aussi apporter directement des réponses à des questions précises.

Mise en place en 1985, la Commission a vu son activité s'élargir au fil des années. Ses avis concernent des produits les plus divers : appareils ménagers, jouets, produits d'entretien dangereux, pièces d'automobiles, etc.

La Commission a été maintes fois saisie par des services d'aide médicale ou des praticiens généralistes. C'est ainsi qu'à la suite d'une alerte émanant du SAMU de Paris un communiqué de la CSC a appelé l'attention sur le caractère dangereux de certaines portes automatiques de garage.

ANNEXE 11

L'action conjuguée des services administratifs et techniques compétents a ensuite débouché sur des mesures législatives et réglementaires. La loi du 23 juin 1989 relative à l'information et à la protection des consommateurs a interdit l'installation de portes non conformes aux règles de sécurité et imposé la mise en conformité des portes déjà installées. Un décret doit prochainement préciser les exigences essentielles auxquelles doivent répondre d'une part les installations nouvelles, d'autre part les installations anciennes.

* Commission de la sécurité des consommateurs, 3, rue Blanche, 75009 Paris (tél. : [1] 49 74 01 06).



Autres documents pédagogiques disponibles

ANNEXE 12

Titres	Où se les procurer ?
<ul style="list-style-type: none"> - A la maison en toute sécurité - Ouvre et regarde - Pour vos compagnons familiers, liberté surveillée - Plantés à la queue - Champignons, pour le meilleur et pour le pire 	<ul style="list-style-type: none"> • Assureurs, Prévention, Santé 26, boulevard Haussmann - 75311 Paris cedex 09 Supports également disponibles par l'intermédiaire de votre agent général d'assurances.
<ul style="list-style-type: none"> - Diaporama 	<ul style="list-style-type: none"> • Adessi (Association départementale d'éducation sanitaire et sociale de l'Isère) 23 boulevard Albert 1^{er} de Belgique - 38100 Grenoble Tél. : 04 76 12 11 92
<ul style="list-style-type: none"> - « A la maison pour vos enfants ... sécurité oblige » 	<ul style="list-style-type: none"> • Association départementale d'éducation pour la santé du Rhône 71, quai Jules Courmont - 69002 Lyon Tél. : 04 78 37 65 68 Fax : 04 78 42 87 38
<ul style="list-style-type: none"> - Aie ! Aie ! Aie ! Diablotin (la sécurité de l'enfant de 3 à 6 ans - livre pour enfant) - A la maison, 1000 raisons de faire attention Tomes 1 et 2 Du CP au CM1 - (Cahiers pédagogiques de jeux) - Exposition : Jeu de 11 panneaux souples de format 60 x 60 cm (en prêt et sur réservation) - La chute de l'ange (cassette vidéo - en prêt) 	<ul style="list-style-type: none"> • Association Axa Prévention Tour Axa - 1 place des Saisons 92083 Paris La Défense Tél. : 01 47 74 10 01 Supports disponibles par l'intermédiaire des agents généraux et conseillers Axa.
<ul style="list-style-type: none"> - « Apprends-moi le danger » (Brochure et cassette vidéo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Centre régional de documentation pédagogique de Lille 3, rue Jean Bart - B. P. 99 - 59018 Lille cedex Tél. : 03 20 12 40 80
<ul style="list-style-type: none"> - A la maison, les dangers, apprenons à les éviter - Guide pratique de la sécurité à la maison - Avec l'enfant, vivons la sécurité - Faire attention chez soi, c'est faire attention à soi 	<ul style="list-style-type: none"> • Comité français d'éducation pour la santé (CFES) Immeuble « Le Berry » - 2, rue Auguste Comte 92170 Vanves Tél. : 01 41 33 33 33 Fax : 01 41 33 33 90
<ul style="list-style-type: none"> - « De 0 à 6 ans en toute sécurité, préservons l'avenir » (cassette vidéo) Une coproduction Assureurs, Prévention, Santé / LDM 	<ul style="list-style-type: none"> • LDM Vidéo Prévention 89, rue Carnot - 92300 Levallois Perret Tél. : 01 47 48 92 92 Fax : 01 47 48 97 97
<ul style="list-style-type: none"> - « Faites bon ménage avec l'électricité » - « Notre amie l'électricité » 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotelec Cnit - Espace Elec - BP 9 - 92053 Paris La Défense Tél. : 01 41 26 56 60 Fax : 01 41 26 56 78
<ul style="list-style-type: none"> - Les accidents d'enfants et leur prévention (brochure) 	<ul style="list-style-type: none"> • Service hygiène de la ville de Besançon 15, rue Mégevand 25000 Besançon Tél. : 03 81 66 76 00 Fax : 03 81 82 31 05

Titres	Où se les procurer ?
<ul style="list-style-type: none"> - « Un produit vous blesse : alertez » - « Confort et sécurité de votre enfant » (conseils pour l'achat et l'utilisation des articles de puériculture) - Exposition itinérante « La sécurité des tout-petits » 	<ul style="list-style-type: none"> • Union féminine civique et sociale (UFCS) 6, rue Béranger - 75003 Paris Tél. : 01 44 54 50 54 Fax : 01 44 54 50 66
<ul style="list-style-type: none"> - « Points rouges dans la maison » - « Les accidents domestiques chez l'enfant » 	<ul style="list-style-type: none"> • Ville de Marseille Centre d'information et de documentation sur la consommation (Ciedoc) 26, quai de Rive-Neuve - 13007 Marseille Tél. : 04 91 33 38 47

Autres livres :

- « La Sécurité de vos enfants » - J. Lavaud - SOS Accidents - Parents Hachette 1987
- « Attention dangers » - C. Faure - Belin 1991
- « Accidents domestiques de l'enfant » - M. Félix, A. Tursz - Syros Alternatives 1991
- « Les Accidents au quotidien » - Adeic-Fen - Editions Polyglottes 1992
- « La Prévention des accidents domestiques de l'enfant » - F. Baudier, A. M. Palicot - Editions CFES 1992
- « Allô maison bobo » - C. Duval, I. Plaisant - Flammarion 1993
- « Le Feu chez soi » - Coédition Assureurs, Prévention, Santé - Cirpae - CNPP - ISBN 2-900503-22-

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 125

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

MASSONNAUD Virginie. Les accidents domestiques chez l'enfant.
Thèse : Médecine ; Limoges ; 2006.

149 pages.

Résumé :

Les accidents domestiques chez l'enfant posent un problème majeur de santé publique dans notre pays. Leur évaluation est inquiétante concernant leur nombre et leurs conséquences.

Une étude épidémiologique prospective dans le département de la Corrèze à propos de 91 cas, met en évidence le bas âge des enfants concernés par la pathologie accidentelle, la prédominance masculine, l'importance de la traumatologie et deux nouvelles pièces à risque : le séjour et la chambre.

Si de réels efforts ont été faits depuis vingt ans, notamment dans le domaine de la réglementation, il apparaît nettement que le renforcement de l'éducation et de la surveillance de la part des parents constitue le facteur essentiel en matière de prévention des accidents domestiques chez l'enfant.

De nouvelles orientations du dispositif préventif français semblent nécessaires dès aujourd'hui.

Titre en anglais : Domestic accident in children

Discipline : Doctorat en Médecine Générale

Mots clés :

- Accident domestique
 - Epidémiologie
 - Facteurs de risque
 - Prévention
-

FACULTE DE MEDECINE de LIMOGES – 2, rue du Docteur Marcland
87025 LIMOGES Cedex – France

JURY :

Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Président
Monsieur le Professeur MOULIES Dominique	Juge
Monsieur le Professeur PIVA Claude	Juge
Monsieur le Professeur BUCHON Daniel	Juge
Madame le Docteur FONMARTY-CASSAGNE Séverine	Membre invité