

## **Les visites à domicile : une stratégie efficace de prévention des traumatismes chez les jeunes enfants**

Les traumatismes constituent la principale cause de décès chez les enfants de moins de 10 ans ainsi qu'une cause significative de morbidité. C'est au domicile que se produisent la majorité des accidents chez les jeunes enfants surtout chez ceux âgés de moins de 5 ans. Les chutes, asphyxies, brûlures et empoisonnements sont les types de traumatismes les plus fréquents dans cette catégorie d'âge. Beaucoup d'accidents se passant au domicile sont liés à l'absence de mesures de sécurité appropriées et à une vigilance insuffisante des adultes.

## **La visite à domicile : une stratégie de prévention**

Une revue de la littérature montre que de nombreux programmes de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité reposent sur la visite à domicile. L'intervention inclue une visite aux parents accompagnés ou non de leurs enfants, à leur domicile, par du personnel formé qui va transmettre l'information, offrir des supports, fournir des conseils personnalisés sur les changements à apporter en

terme de comportements et d'environnement.

Les intervenants peuvent être des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux. Ces interventions visent souvent une population spécifique : les familles défavorisées, les minorités, les jeunes. Ces interventions sont d'autant mieux perçues et acceptées par la population si elles s'inscrivent dans une pratique habituelle de visite à domicile (par exemple les TMS de l'ONE)

## **Efficacité de la visite à domicile**

Les évidences scientifiques concernant l'efficacité de ces programmes sont solides. Les programmes de visites à domicile contribuent à prévenir les mauvais traitements chez les enfants, diminuent les visites aux services d'urgence et les hospitalisations pour traumatismes. Les programmes de visite à domicile reposent principalement sur deux théories pour expliquer leur efficacité en matière de sécurité :

- La théorie sociale cognitive (self-efficacy) : développer les capacités du parent à assurer la sécurité de son enfant ;
- La théorie de l'attachement : nécessité de créer un lien dit thérapeutique entre l'intervenant et la famille.

## **Les conditions de réussite**

Réussir une intervention reposant sur la visite à domicile nécessite que :

- Le counselling soit effectué à domicile au sujet de dangers précis et sur les façons de les éliminer ou de les contrôler.
- Les programmes offrent gratuitement des dispositifs de sécurité faciles à installer.
- La plupart des dispositifs de sécurité soient installés par les intervenants ou que ces derniers aident les parents à les installer.
- Les programmes prévoient plusieurs visites ou des communications de suivi afin de renforcer l'observation des règles de sécurité.

## **Infos complémentaires :**

EDUCA-SANTE  
1b avenue Général Michel  
6000 Charleroi  
Tél : 071 30 14 48  
Fax : 071 31 82 11  
E-mail : [doc@educasante.org](mailto:doc@educasante.org)  
Web : [www.educasante.org](http://www.educasante.org)

## **Agenda :**

4e congrès international de la francophonie en prévention du suicide, du 31 mai au 2 juin 2006. Le congrès se tiendra au Marriott Montréal Château Champlain, Montréal, Canada.  
Informations sur le site : [www.aqps.info](http://www.aqps.info)

## Attitudes des parents à l'égard de la prévention des traumatismes chez les enfants

Chez les enfants de moins de 5 ans, la majorité des traumatismes surviennent au domicile. C'est donc au sein de la cellule familiale que doit se développer la prévention. Identifier les attitudes des parents à l'égard de cette prévention ainsi que leurs facteurs de motivation à développer des pratiques sécuritaires est utile et nécessaire pour tout professionnel qui souhaite mettre en place une intervention visant à prévenir et réduire les traumatismes domestiques chez les enfants.

## Les connaissances, attitudes et croyances des parents

Selon une méta-analyse réalisée par le Docteur Sylvain Leduc de l'Institut National de Santé Publique du Québec, on constate que certaines attitudes et croyances des parents sont un frein à la prévention des traumatismes chez l'enfant :

- Les parents manquent de connaissances relatives à la problématique des traumatismes. Ils ne savent pas que les traumatismes sont la première cause de décès chez les enfants.
- Les parents croient que les traumatismes sont 'une fatalité', sont inévitables. Ils ne savent pas qu'il est possible de les prévenir.
- Les parents surestiment les capacités des enfants à agir de façon sécuritaire, surtout en milieu défavorisé. Les parents connaissent mal l'enfant dans son évolution psychomotrice.

Ils éprouvent des difficultés à se mettre à sa place. Il faut savoir pourtant que les enfants ont une compréhension insuffisante des conséquences et des dangers potentiels. Ils sont inconscients des risques qu'ils prennent. Néanmoins on relève certaines attitudes encourageantes notamment :

- Bien que les changements de comportements soient très difficiles à obtenir des adultes, en ce qui concerne la sécurité des enfants, cela semble plus aisé.
- Les parents qui croient qu'ils peuvent exercer une protection ont des enfants qui se blessent moins.

## Les facteurs de motivation à développer des pratiques sécuritaires

On constate que l'intention d'agir et de développer des pratiques sécuritaires dépend de plusieurs facteurs : la perception de vulnérabilité, la sévérité de la conséquence, les efforts requis, les bénéfices attendus, la norme sociale et la croyance en sa capacité d'agir efficacement. Selon cette même méta-analyse, il apparaît que :

- La motivation des parents à agir varie en fonction du type de traumatisme : on constate chez les parents une perception élevée de vulnérabilité aux chutes mais cela ne se traduit pas par plus de mesures préventives ; en ce qui concerne les noyades et les suffocations c'est la perception de la sévérité qui prédit l'intention de bouger.
- Les pratiques préventives diminuent avec l'âge lorsqu'il

s'agit d'une fille et l'inverse s'il s'agit d'un garçon.

- La principale raison pour ne pas adopter un comportement sécuritaire est de croire que son enfant soit peu susceptible d'être touché par un danger.

## Recommandations

Suite à ces constatations plusieurs recommandations peuvent être formulées : développer chez les parents une meilleure connaissance des capacités de son enfant. Bien le connaître permet d'assurer sa sécurité ; les sensibiliser au caractère 'évitable' des traumatismes ; leur faire prendre conscience que chaque enfant est vulnérable et que les traumatismes n'arrivent pas que chez les autres.

## Pour des infos complémentaires :

EDUCA-SANTE  
1b avenue Général Michel  
6000 Charleroi  
Tél : 071 30 14 48  
Fax : 071 31 82 11  
E-mail : [doc@educasante.org](mailto:doc@educasante.org)  
Web : [www.educasante.org](http://www.educasante.org)

## Agenda :

- Les Journées Scientifiques d'Automne 2006 du 8 au 10/11/2006 : 'l'abus sexuel : la victime, la famille, la société, l'abuseur ... à l'interface Justice/Santé'. Renseignements : Mme Sergi au 071 92 55 52.

- Colloque 'changement de comportements' les 16 et 17 mars 2006, Namur, l'Arsenal. Renseignements : Marie Bogaerts au 02 286 95 70

## Lancement de la campagne « Vivre Actif » pour prévenir les chutes chez les personnes âgées

La prévention des chutes chez les personnes âgées est une priorité pour le Gouvernement de la Communauté française de Belgique. Cette priorité entre dans le cadre de sa mission de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité qui, elle-même, figure parmi les six priorités d'action du Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé. Le projet du Gouvernement de la Communauté française concernant la population âgée se développe autour de la prévention des chutes à domicile dans une approche de promotion de la santé et de la sécurité. Le projet repose sur la vision d'un vieillissement positif que développe l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est dans cette perspective que l'association Educa-Santé a été financée pour cinq ans afin de traiter ce champ de traumatismes affectant les personnes âgées. Au regard des enjeux démographiques et des habitudes de vie - en Belgique, 93% des personnes de plus de 65 ans vivent à leur domicile -, la prévention des chutes est une démarche justifiée tant au niveau humain, sanitaire qu'économique. C'est pourquoi l'association a décidé de lancer une campagne qui s'est choisi comme slogan « Vivre actif » et une illustration réalisée par Pierre Kroll.



## Une démarche pilote dans la région de Charleroi

Avant d'implanter le projet de prévention des traumatismes affectant les personnes âgées sur l'ensemble du territoire de la Communauté française, une première phase pilote est en cours dans la région de Charleroi sur la base d'un partenariat avec le Service d'Intégration des Soins à Domicile. Ce service coordonne l'ensemble des professionnels (médecins généralistes, infirmières, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, aides familiales) qui interviennent au domicile des personnes âgées. Le partenariat s'étend également à l'association Carolo Prévention Santé, qui coordonne le projet « Charleroi - Ville Santé » et qui implique tous les secteurs d'intervention (sports, loisirs, animations, etc.) dans les actions de santé. Ce partenariat permet une large concertation avec les acteurs de la prévention en vue de construire les modules de formation des intervenants. Ils construiront également les outils utiles à l'intervention sur le terrain (grille d'analyse des risques de chutes, diagnostic du logement, etc.). Ce partenariat permet également d'inscrire la prévention des chutes dans une démarche de promotion de la santé, grâce aux possibilités d'étendre la campagne à la promotion de l'activité physique chez les 50 ans et plus.

## Un nouveau défi pour la « Communauté sûre » de Fontaine L'Evêque

Au-delà de ce programme, des initiatives doivent également être prises par des communes pour développer des démarches communautaires de prévention des chutes en faveur des aînés. C'est le cas de la commune de Fontaine l'Evêque qui, depuis plus de cinq ans, développe le concept de « communauté sûre »<sup>1</sup> et qui a décidé d'impliquer toute la population à l'amélioration des milieux de vie des aînés.

## Pour en savoir plus

Dans son dernier numéro, la revue française *La Santé de l'Homme* (janvier-février 2006) a consacré un dossier à cette problématique (« Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées »). L'occasion est donnée au lecteur de prendre connaissance en vingt-six pages de la problématique des chutes, des stratégies d'approche du problème, des outils disponibles et des expériences de prévention menées en France et à l'étranger.

<sup>1</sup> Voir le Fax du RAS du mois de novembre 2005.

## Un outil pédagogique et ludique

L'agence d'ergonomie appliquée (AEA) *Geste formation* (Bergerac-France) a édité un jeu de société qui vise à réduire les chutes chez les personnes âgées, « Perkichute - Gagner à ne pas chuter ». Il s'agit d'un plateau de jeu autour duquel deux à cinq joueurs accompagnés d'un animateur peuvent se réunir. Le jeu se base sur des questions de connaissance portant sur tous les facteurs de risque de chute ou favorisant la chute. La recherche de réponse donne l'occasion à l'animateur d'enclencher une discussion et des échanges entre les joueurs. Il est recommandé de se préparer par une formation à l'animation.

Ces documents et outils sont disponibles chez Educa-Santé

Tél : 32 (0)71 301748

Fax : 32 (0)71 318211

E-mail : [doc@educasante.org](mailto:doc@educasante.org)

Web : [www.educasante.org](http://www.educasante.org)

## **Le détecteur d'incendie à la maison : une obligation légale en Wallonie et à Bruxelles**

La majeure partie des incendies, dans notre pays, concerne les habitations privées. Environ 10.000 logements sont détruits, chaque année, par le feu, causant la mort d'une centaine de personnes. Les incendies se déclarent souvent la nuit. Beaucoup de victimes meurent asphyxiées dans leur sommeil. En fait, le feu peut couvrir un certain temps avant le développement réel de l'incendie et sa propagation aux autres pièces. Durant cette première phase, des fumées et gaz toxiques se libèrent déjà et en quelques minutes peuvent provoquer la mort bien avant que les flammes atteignent les occupants. Il est donc vital d'être averti le plus vite possible d'un feu naissant.

### **Le détecteur de fumée, un instrument utile**

Le détecteur de fumée se définit comme un appareil de surveillance de l'air qui avertit par un signal sonore strident de la présence d'un niveau précis de concentration dans l'air de fumée ou de gaz dégagés par la combustion. Il est conçu pour déclencher une alarme dès qu'il perçoit de la fumée. Il peut ainsi réveiller et avertir les occupants du logement qui en est équipé. En permettant ainsi aux habitants de réagir rapidement, le détecteur de fumée peut sauver de nombreuses vies humaines et les dégâts resteront limités ce qui réduira considérablement la charge financière. On a constaté que le feu tue deux fois moins dans les logements équipés de détecteur par rapport à ceux qui n'en ont pas. L'intérêt des détecteurs d'incendie est donc indiscutable.

### **Un logement équipé de détecteur de fumée, une obligation légale**

L'obligation d'installer un détecteur de fumée varie selon la région où l'on habite.

*En Région wallonne* : un arrêté du gouvernement wallon - du 21 octobre 2004, paru au Moniteur belge le 10 novembre 2004, rend obligatoire la présence de détecteurs de fumée dans tous les logements de Wallonie, aussi bien les logements loués que ceux occupés par leur propriétaire. Dans les logements existants, les détecteurs doivent être placés au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2006. Dans les logements à construire, en cours de construction, l'entrée en vigueur de cette obligation légale était immédiate.

*En Région de Bruxelles Capitale* : l'arrêté du gouvernement de la région de Bruxelles capitale du 15 avril 2004 impose la présence de détecteur de fumée dans les logements loués uniquement. L'installation devait être réalisée avant le 1<sup>er</sup> juillet 2005. Des détecteurs doivent être installés dans chaque pièce du chemin d'évacuation (c'est-à-dire chaque pièce que l'on doit traverser pour atteindre la porte extérieure depuis la ou les chambres à coucher). C'est au propriétaire qu'incombent les frais d'achat et d'installation du matériel. Il est également tenu de remplacer le détecteur au plus tard dix ans après son installation initiale. Par contre le locataire a, à sa charge, l'entretien de l'appareil ainsi que la vérification de son bon fonctionnement. De même, il est tenu d'avertir sans délai le propriétaire de tout dysfonctionnement de l'appareil.

### **Quelles sanctions en cas de non respect de la législation ?**

Pour les propriétaires occupants, il en va tout d'abord de leur propre sécurité. Ne pas installer de détecteur de fumée ne constitue pas une faute lourde, susceptible de permettre à la compagnie d'assurance de se retourner contre l'assuré. En effet, le détecteur ne permet en rien de supprimer la cause d'un incendie mais juste d'en limiter l'importance. Cependant de nouvelles impositions pourront figurer dans les contrats d'assurance lorsque la législation sera d'application. Pour les locataires, il

sera possible d'assigner le propriétaire en justice si celui-ci n'installe pas de détecteur de fumée. De même, ils pourront mettre en cause la responsabilité civile du propriétaire en cas de sinistre.

Les caractéristiques du détecteur ainsi que les conditions d'installation seront abordées dans le prochain fax du RAS. A suivre donc....

### **Informations supplémentaires**

Educa-Santé  
1b Avenue Général Michel  
6000 Charleroi  
Tél : 071 30 14 48  
Fax : 071 31 82 11  
Mail : [doc@educasante.org](mailto:doc@educasante.org)  
Web : [www.educasante.org](http://www.educasante.org)

### **Agenda**

- 1<sup>ère</sup> conférence européenne sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité, du 25 au 27 juin 2006, hôtel Marriot, Vienne, Autriche.

[www.eurosafe.eu.com](http://www.eurosafe.eu.com)

- 3<sup>ème</sup> université d'été francophone en santé publique, Besançon, France, du 2 au 7 juillet 2006 ; renseignements et inscription : [www.urcam.org/univete/index.htm](http://www.urcam.org/univete/index.htm)

## **Le détecteur d'incendie à la maison (suite) : ses caractéristiques et son installation**

### **Quel type de détecteur placer ?**

Il existe plusieurs types de détecteur de fumée sur le marché. On peut trouver des détecteurs optiques, des détecteurs ioniques. Or tous ne sont pas conformes à la législation. Un détecteur de fumée conforme doit présenter plusieurs caractéristiques :

- il doit être de type optique ;
- il doit être garanti pour 5 ans ;
- il doit être agréé BOSEC ou par un autre organisme d'accréditation équivalent au sein de l'espace économique européen comme VDS, BS. (Sigle CE + EN 14604 + BOSEC, VDS, BS,...) ;
- les informations fournies avec l'appareil doivent être rédigées dans la langue de la région.

Il est donc important, lors de l'achat, de s'assurer que le détecteur corresponde aux normes de conformité de la législation.

### **Entretien du détecteur de fumée**

Le détecteur fonctionne sur piles ou sur secteur. Un minimum d'entretien périodique est indispensable pour assurer l'efficacité du détecteur de fumée. Cela consiste à appliquer les règles suivantes :

- tester le détecteur une fois par semaine en appuyant sur le bouton de test ;
- dépoussiérer de temps en temps le détecteur avec l'aspirateur de façon à ce que les orifices soient toujours dégagés au maximum ;
- remplacer les piles dès que le signal sonore de décharge de la pile s'active.

### **Le nombre de détecteurs à placer dans un logement**

Le nombre de détecteurs à installer dans un logement dépend du nombre de niveau que présente l'habitation ainsi que de la superficie. Il faut prévoir un détecteur par niveau d'habitation à l'exception des caves et greniers non habités. Deux détecteurs sont imposés par niveau de plus de 80 mètres carrés. Si l'installation requiert plus de 3 détecteurs, ceux-ci seront reliés entre eux ou remplacés par une installation de détection centralisée.

### **L'emplacement pour l'installation des détecteurs de fumée**

Un détecteur d'incendie n'est efficace que s'il avertit en temps utile, c'est-à-dire s'il réagit à la fumée avant que les valeurs limites acceptables pour l'homme soient dépassées. Pour qu'il puisse détecter la fumée, le détecteur doit être placé correctement. Il est évident que si vous le suspendez dans une zone "morte", son efficacité sera fortement réduite. La zone "morte", c'est la zone que la fumée n'atteint jamais ou très tardivement, c'est-à-dire à moins de 30 cm du mur ou de la poutre, à plus de 20 cm sous le plafond. Le détecteur doit être placé de façon à entendre le signal sonore en cas d'alarme, dans toutes les circonstances. Dans la plupart des cas les détecteurs doivent être placés de la façon suivante :

- dans les petits appartements, le détecteur sera placé dans le hall donnant accès aux chambres ;
- dans les grands appartements et les maisons sans étage, le second détecteur sera placé dans le hall d'entrée ou dans le living ;
- dans les maisons à étages, les détecteurs seront placés sur le palier de l'étage, dans le hall d'entrée.

Les détecteurs seront installés conformément aux instructions écrites fournies par le fabricant. Le meilleur emplacement est, sauf cas particulier, le centre du plafond de la pièce ou de l'espace. Afin d'éviter des déclenchements intempestifs, mieux vaut ne pas installer un détecteur de fumée à certains endroits :

- dans la salle de bain et la cuisine, à cause des vapeurs de cuisson et de la forte humidité ;
- dans les endroits très poussiéreux ou peuplés d'insectes car cela risque de masquer l'organe de détection de l'appareil (atelier, grenier...);
- à proximité de ventilateurs, de bouches de chauffage, d'une hotte aspirante, à cause des courants d'air qu'ils génèrent ;
- dans le garage, à cause des gaz d'échappement.

Pour obtenir de plus amples renseignements vous pouvez consulter le site de la région wallonne : [www.wallonie.be](http://www.wallonie.be)

### **Informations supplémentaires**

Educa-Santé  
1b Avenue Général Michel  
6000 Charleroi  
Tél : 071 30 14 48  
Fax : 071 31 82 11  
Mail : [doc@educasante.org](mailto:doc@educasante.org)  
Web : [www.educasante.org](http://www.educasante.org)

## **Les études de population, une source utile d'informations sur les traumatismes**

Les traumatismes et la violence constituent les principales causes de décès et d'handicaps à travers le monde. Afin de mettre en place des stratégies de prévention efficaces, il est nécessaire de disposer d'informations suffisantes et de qualité sur la problématique. Les données épidémiologiques sont essentielles non seulement pour mesurer l'ampleur du problème mais aussi pour identifier les facteurs de risque et les facteurs protecteurs, définir des priorités.

### **Les sources de données**

L'information sur les traumatismes peut être obtenue de diverses façons notamment grâce : au système national de statistique, à la surveillance hospitalière, aux études de population.

Le système de surveillance hospitalière des traumatismes est répandu dans de nombreux pays. Même s'il s'avère utile, avec de nombreux avantages, il présente cependant certaines lacunes. Un nombre important d'événements traumatiques n'est pas pris en considération : les décès se produisant hors milieu hospitalier, les traumatismes ne nécessitant pas une consultation à l'hôpital... Il y a donc une sous estimation du problème lorsqu'on se base uniquement sur ces données.

### **Les études de population, un complément intéressant**

Développer des enquêtes de population apparaît comme un complément intéressant à la surveillance hospitalière. L'étude de population est une étude épidémiologique menée au sein d'un échantillon de la population à l'aide d'un instrument de collecte de données tel un questionnaire. Elle permet de collecter des informations plus détaillées à la fois sur l'événement traumatique et sur les facteurs de risque. L'utilité de cette étude peut encore être accrue si elle est menée selon une méthodologie standardisée.

L'OMS a publié en 2004 un guide<sup>1</sup> sur la façon de conduire une étude de population sur la violence et les traumatismes. Ce manuel présente une méthodologie détaillée : la planification de l'étude, l'échantillonnage, l'élaboration d'un instrument de collecte des données, la collecte et l'enregistrement des données, l'analyse des résultats et leur diffusion. Quelques exemples de questionnaire sont proposés en annexe.

La standardisation des termes et des classifications permet la comparaison et la compilation de données.

### **Les études de population en Belgique**

En Belgique, plusieurs études de population ont déjà été menées. Ce sont les enquêtes de santé par interviews. Il y en a eu en 1997, 2001 et 2004. Elles sont réalisées par l'Institut Scientifique de la Santé Publique. Elles comportent des informations sur l'état de santé (maladies, incapacités physiques...), le style de vie (activités physiques, état nutritionnel, consommation d'alcool, de tabac, de drogues...), la prévention (la vaccination, le dépistage...), la consommation de soins, les différences socio-économiques en matière de santé, les traumatismes... Les résultats, relatifs aux traumatismes et à la violence, de la dernière enquête de santé (2004) seront présentés dans le prochain numéro du fax du RAS.

---

<sup>1</sup> Cette publication de l'OMS est disponible sur le net à l'adresse suivante :  
[www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/surveillance/06\\_09\\_2004/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/06_09_2004/en/)

### **Informations complémentaires**

Educa-Santé  
1b Avenue Général Michel  
6000 Charleroi

Tél : 071 30 14 48  
Fax : 071 31 82 11  
E-mail : [doc@educasante.org](mailto:doc@educasante.org)  
Web : [www.educasante.org](http://www.educasante.org)

### **Agenda**

Les 10èmes journées annuelles de santé publique, 10 ans de connaissances sans frontières. Du 23 au 27 octobre 2006. Palais des congrès de Montréal, Canada.  
[www.inspq.qc.ca/jasp](http://www.inspq.qc.ca/jasp)

**Le prochain numéro du Fax du RAS paraîtra en septembre 2006.**

## Enquête de santé par interview

### Quelques chiffres relatifs aux traumatismes et à la violence en Belgique

En 2004, une enquête de santé par interview a été menée en Belgique, auprès de la population, par l'Institut Scientifique de la Santé Publique. Elle a pour objectif de pallier au manque d'informations disponibles sur l'état de santé de la population et ses besoins en matière de soins. Cette enquête donne des informations sur la santé telle qu'elle est perçue par la population elle-même. Plusieurs thèmes sont abordés dont notamment les traumatismes, violence et accidents. L'enquête s'est centrée sur les accidents qui ont eu lieu au cours des 12 mois précédant l'interview et qui ont entraîné une consultation chez un médecin ou à l'hôpital. En ce qui concerne la violence, l'enquête se focalise sur la violence interpersonnelle, qu'elle soit psychologique ou physique.

#### • Les traumatismes accidentels en Belgique

En Belgique, 8 % de la population déclare avoir été victime d'un accident ayant entraîné une consultation médicale. Les victimes sont plus souvent des hommes que des femmes. Les traumatismes peuvent être classifiés en fonction du lieu de leur survenue, du mécanisme à l'origine de la blessure et des lésions résultant de l'accident.

**Le lieu de survenue :** les traumatismes les plus fréquents (32%) se passent dans l'environnement domiciliaire (dans ou autour de la maison). Le second lieu de survenue des traumatismes le plus souvent cité (30%) est le lieu du travail ou l'école. Puis viennent les traumatismes sur la route (24%), sur les aires de sport (19%) et enfin ceux qui surviennent dans les lieux publics (5%).

**Le mécanisme à l'origine du traumatisme :** les principaux mécanismes causant les blessures sont par ordre décroissant la chute, la collision, la coupure et la présence d'un corps étranger. La chute représente à elle seule plus de la moitié (54%) des causes de blessures.

**Les lésions résultant du traumatisme :** les lésions les plus courantes résultant des traumatismes sont les entorses, les fractures et les plaies. Ces trois types de blessures représentent plus de trois quarts (79%) des lésions occasionnées par les traumatismes au sein de la population.

#### • La violence en Belgique

9% de la population de plus de 15 ans rapporte avoir été victime d'un acte de violence dans les 12 derniers mois. La violence la plus fréquente est de type psychologique et elle varie en fonction de l'âge, du niveau d'instruction et de l'environnement.

**L'âge :** la violence est plus fréquente chez les jeunes de 15-24 ans. Ensuite elle diminue progressivement pour ne plus représenter que 2% chez les 75 ans et plus.

**Le niveau d'instruction :** les actes de violence sont plus souvent rapportés dans les milieux plus instruits (enseignement supérieur) que dans les milieux défavorisés sur le plan socio-éducatif.

**Environnement :** on constate davantage de faits de violence en milieu urbain qu'en milieu rural. Les lieux où se manifeste la violence sont par ordre décroissant : le lieu de travail ou l'école, le domicile, la rue ainsi que l'espace public.

Pour lire le rapport complet de l'enquête de santé par interview vous pouvez consulter le site de l'Institut Scientifique de la Santé Publique : [www.iph.fgov.be](http://www.iph.fgov.be)

**Informations complémentaires**

Educa-Santé  
1b Avenue Général Michel  
6000 Charleroi

Tél : 071 30 14 48  
Fax : 071 31 82 11  
E-mail : [doc@educasante.org](mailto:doc@educasante.org)  
Web : [www.educasante.org](http://www.educasante.org)

## **Le transport des enfants en voiture : une nouvelle réglementation en vigueur**

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2006 une nouvelle réglementation relative au transport des enfants en voiture est d'application : *“ Les enfants (moins de 18 ans) qui mesurent moins de 1m35 doivent voyager dans un dispositif de retenue pour enfant. Les enfants qui mesurent 1m35 ou plus doivent voyager dans un dispositif de retenue pour enfant ou porter la ceinture de sécurité ”.*

### **Les exceptions à la règle**

1. La règle générale ne s'applique pas aux taxis, ni aux véhicules transportant plus de huit passagers outre le conducteur (donc ni aux autocars et autobus). Dans ces véhicules, tous les passagers doivent utiliser la ceinture de sécurité aux places qui en sont équipées. Dans les taxis (non équipés de dispositifs de retenue pour enfants), les enfants de moins de 1m35 doivent voyager à l'arrière.

2. Il y a en outre des exceptions à la règle générale dans les voitures et camionnettes :

2.1. S'il est impossible d'installer à l'arrière un troisième dispositif de retenue pour enfant parce que les deux autres sont déjà utilisés :

- Un troisième enfant de 3 ans ou plus (et de moins de 1m35) peut voyager à l'arrière sans dispositif de retenue pour enfant. Il doit alors porter la ceinture de sécurité. S'il voyage à l'avant, il devra en revanche être installé dans un dispositif de retenue pour enfant.
- Un troisième enfant de moins de 3 ans peut voyager à l'arrière sans dispositif de retenue pour enfant. Il doit aussi porter la ceinture de sécurité. Cette possibilité sera supprimée à partir du 9 mai 2008.

2.2. Dans les cas exceptionnels et sur courte distance, pour les enfants transportés qui ne sont pas ceux du conducteur : s'il n'y a pas de dispositif de retenue pour enfant dans le véhicule ou pas assez pour tous les enfants transportés, les enfants de 3 ans ou plus peuvent voyager à l'arrière sans dispositif de retenue. Ils doivent porter la ceinture de sécurité.

### **Les dispositifs de retenue appropriés**

Le dispositif de retenue doit être choisi en fonction du poids de l'enfant et non en fonction de son âge.

1. Jusqu'à 13 kg : le dispositif de retenue adapté est le siège auto, dos à la route. Le fait d'être dos à la route, permet, en cas de choc, de répartir l'impact sur l'ensemble du dos. Le risque de blessures graves et de décès est fortement diminué. Si l'enfant pèse moins de 13 kg, mais que sa tête dépasse le dossier du siège, il est recommandé de passer au siège auto face à la route.

2. De 13 à 18 kg : on utilise un siège auto face à la route. Il dispose de cinq sangles. Le rôle de la cinquième sangle entre les jambes est de maintenir la sangle ventrale au début des cuisses et d'empêcher celle-ci de remonter sur le ventre. Cette sangle d'entrejambe doit être la plus courte possible. Si l'enfant pèse moins de 18 kg mais que sa tête dépasse du dossier du siège il faut passer au rehausseur.

3. De 18 à 36 kg : il faut utiliser un rehausseur et non la ceinture de sécurité seule. En effet, jusque 10 ans, les os du bassin ne sont pas assez développés pour retenir la sangle ventrale de la ceinture de sécurité. Lors d'un choc cette sangle a tendance à remonter vers le haut et risque de créer des blessures.

4. Plus de 36 kg : l'enfant porte la ceinture de sécurité.

### **Principales précautions**

- Ne jamais placer un siège auto dos à la route à l'avant du véhicule lorsqu'il y a un airbag frontal.
- Fixer le siège auto selon le mode d'emploi pour obtenir une protection maximale
- Toujours attacher l'enfant même pour des petits trajets.

Pour obtenir davantage d'informations sur cette thématique, vous pouvez consulter le site de l'Institut Belge de la Sécurité Routière ([www.ibsr.be](http://www.ibsr.be))

### **Informations complémentaires**

Educa-Santé  
1b Avenue Général Michel  
6000 Charleroi

Tél : 071 30 14 48  
Fax : 071 31 82 11  
E-mail : [doc@educasante.org](mailto:doc@educasante.org)  
Web : [www.educasante.org](http://www.educasante.org)

## L'activité physique après 50 ans : un atout pour sa santé

L'activité physique régulière joue un rôle dans le maintien d'un bon état de santé. En effet, un nombre important d'études épidémiologiques et cliniques révèlent que la pratique régulière d'activités physiques permet de prévenir de nombreux problèmes de santé, notamment les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité, le cancer du colon ou l'ostéoporose. Une activité physique donne des résultats positifs quelque soit l'âge auquel on (re)commence à en pratiquer régulièrement. Cet effet bénéfique à tous les âges a été observé par de nombreuses études universitaires qui ont montré qu'une activité physique modérée joue un rôle non négligeable et ce même chez les personnes âgées de plus de 50 ans n'ayant jamais pratiqué d'une activité physique régulière.

### Les effets de l'activité physique au-delà de 50 ans

Bien sûr, plus on commence jeune à pratiquer une activité physique régulière, plus les effets bénéfiques seront importants, se traduisant par une augmentation de l'espérance de vie active et de la longévité. Dans le cas d'une mise en activité tardive, l'avantage d'entreprendre des activités physiques réside non pas dans une longévité accrue, mais dans l'amélioration ou le maintien de ses qualités fonctionnelles et dans l'amélioration de sa qualité de vie. L'activité physique, chez les plus de 50 ans, permet de développer et de maintenir l'équilibre, l'agilité, la force et l'endurance musculaire, des composantes de la condition physique directement liées à la qualité de vie. La pratique régulière d'une activité physique s'accompagne également d'effets positifs sur les plans psychologique et social.

### Pratiquer une activité physique régulière

Par activité physique régulière, on entend une activité physique de minimum 30 minutes par jour. Cette activité peut soit être continue (1 fois 30 minutes), soit fragmentée en 3 périodes de 10 minutes. Les bénéfices d'une activité physique sont obtenus durant et après une séance d'activités physiques. Certains de ces bénéfices durent +/- 48 heures et disparaissent rapidement. La régularité apparaît donc comme une condition primordiale pour maintenir et augmenter les bénéfices associés à une vie physiquement active.

### Pratiquer une activité physique modérée

Selon les experts, une activité physique modérée s'apparente à 'l'équivalent de la marche rapide' soit 5 à 7 km/heure. Mais c'est aussi, s'occuper de son jardin, de sa maison, laver sa voiture ou jouer avec les petits enfants, promener le chien. Afin d'en faciliter la pratique, l'important c'est :

- que cette activité physique s'intègre le plus possible dans la vie de tous les jours (marcher, monter les escaliers, faire le shopping à pied, sortir le chien plus longtemps que d'habitude, jardiner...)
- de réduire le temps d'inactivité (télévision, ordinateur).

### Informations complémentaires

Une brochure – bouger son corps est bon pour la santé – a été réalisée par l'asbl Carolo Prévention Santé dans le cadre de la campagne 'vivre actif' de la Communauté française. Cette brochure est disponible auprès de l'asbl Educa-Santé :

1b Avenue Général Michel

6000 Charleroi

Tél. : 071 30 14 48 - Fax : 071 31 82 11

E-mail : [doc@educasante.org](mailto:doc@educasante.org) - Web : [www.educasante.org](http://www.educasante.org)

## **Le port du casque chez les conducteurs de deux roues : un moyen efficace de prévenir les traumatismes crâniens**

Les traumatismes crâniens sont les principales causes de décès, de blessures sévères et d'handicaps parmi les cyclistes et motocyclistes. Dans les pays européens, les traumatismes crâniens constituent environ 75% des décès parmi les conducteurs des deux roues. Dans certains pays à revenu moyen et faible, ils sont à l'origine de 88% des décès. Le coût social des traumatismes crâniens est très élevé.

L'OMS, dans son rapport mondial sur la prévention des traumatismes liés à la circulation routière, recommande le port du casque pour les conducteurs des deux roues. Cette stratégie, testée et validée, est reconnue comme une 'bonne pratique'. Dernièrement, l'OMS a publié un rapport uniquement consacré sur les casques : *'Helmets, a road safety manual for decision-makers and practitioners'*. Ce guide explique pourquoi le casque est nécessaire, comment concevoir, réaliser et évaluer un programme visant à favoriser le port du casque.

### **Que se passe-t-il au niveau de la tête lors d'un accident ?**

Lors d'un accident à vélo ou à moto, deux principaux mécanismes de traumatismes cérébraux peuvent se produire : soit un contact direct, soit une accélération - décélération. Chacun de ces mécanismes cause différents types de traumatismes. Lors d'un accident, le conducteur est souvent projeté au sol. Si sa tête touche le sol, le mouvement de celle-ci est stoppé, mais le cerveau, ayant sa propre masse, continue son mouvement jusqu'à ce qu'il percute la boîte crânienne. Il peut alors rebondir et être relancé contre la face opposée du crâne. Les résultats d'un tel traumatisme peuvent aller de la simple commotion cérébrale au décès. Les traumatismes crâniens qui résultent d'un contact ou d'une accélération - décélération sont eux-mêmes divisés en deux catégories : les blessures ouvertes ou fermées. Les traumatismes crâniens les plus graves sont ceux de type blessures fermées.

### **Comment le casque protège la tête ?**

Le casque a pour objectif de réduire le risque de traumatisme crânien en réduisant l'impact de la collision au niveau de la tête. Le casque agit à trois niveaux :

- Il réduit la décélération du crâne et donc les mouvements du cerveau en gérant l'impact lors de la collision. Les matériaux incorporés dans le casque amortissent une partie de l'impact et, par conséquent, la tête stoppe son mouvement plus en douceur. Cela signifie que le cerveau ne percute pas la boîte crânienne avec une aussi grande force.
- Il propage les forces de l'impact sur une plus grande surface et elles ne se concentrent pas sur une aire particulière du crâne.
- Il prévient le contact direct entre le crâne et l'objet d'impact grâce à une barrière mécanique.

## **Pourquoi les conducteurs ne veulent – ils pas porter le casque ?**

Même si le port du casque est le moyen le plus simple et le plus efficace pour réduire les traumatismes crâniens et décès qui peuvent résulter d'accidents, il n'est pas accepté par tous les conducteurs. Plusieurs raisons sont évoquées :

- Le casque est inconfortable ;
- Les parents ne portent pas le casque ;
- Le casque décoiffe, est incompatible avec certaines coiffures ;
- Croire qu'on a peu de chance d'avoir un accident car le trajet est court...

## **Que faire pour améliorer le port du casque ?**

De nombreuses études ont évalué l'impact d'une loi sur le port du casque. Il en ressort, de façon unanime, que la mise en application d'une telle loi entraîne une augmentation considérable du taux de port de casque. Il s'en suit une réduction des traumatismes crâniens et des décès. On ne peut donc qu'encourager de telles initiatives.

## **Informations complémentaires**

Pour plus d'informations vous pouvez consulter le manuel complet sur le site de l'OMS :  
[www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/)

Plusieurs brochures sont à votre disposition au centre de documentation d'Educa-Santé sur cette thématique ('*Tous à vos casques vélos*', '*Roulez futés, roulés casqués !*', '*Petits et grands, à vos casques*').

1b Avenue Général Michel  
6000 Charleroi  
Tél. : 071 30 14 48 - Fax : 071 31 82 11  
E-mail : [doc@educasante.org](mailto:doc@educasante.org) - Web : [www.educasante.org](http://www.educasante.org)