



L'essentiel de l'information
scientifique et médicale

www.jle.com

Le sommaire de ce numéro

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/mtp/sommaire.md?type=text.html>



Montrouge, le 26/01/2010

B. Chevallier

Vous trouverez ci-après le tiré à part de votre article en format électronique (pdf) :

Les accidents de l'enfant: de quoi parle-t-on?

paru dans

MT Pédiatrie, 2009, Volume 12, Numéro 4

John Libbey Eurotext

Ce tiré à part numérique vous est délivré pour votre propre usage et ne peut être transmis à des tiers qu'à des fins de recherches personnelles ou scientifiques. En aucun cas, il ne doit faire l'objet d'une distribution ou d'une utilisation promotionnelle, commerciale ou publicitaire.

Tous droits de reproduction, d'adaptation, de traduction et de diffusion réservés pour tous pays.

© John Libbey Eurotext, 2009

Les accidents de l'enfant : de quoi parle-t-on ?

Bertrand Chevallier

Service de pédiatrie, hôpital Ambroise Paré, APHP, 9 avenue du général De Gaulle, 92104 Boulogne-Billancourt cedex
<bertrand.chevallier@apr.aphp.fr>

Une question de mot : doit-on parler d'accident ou de traumatisme ?

Les accidents : une réalité insuffisamment étayée

Différents mots sont utilisés pour définir une même idée. Ainsi, en Europe, le terme « accident » est celui qui le plus souvent utilisé. Il traduit l'ensemble du processus allant de l'événement accidentel aux conséquences de celui-ci (blessures). Les Anglo-saxons récusent l'emploi du terme « accident » qui sous-entend un événement fortuit, imprévisible, ce qui va à l'encontre de toute idée de prévention alors que dans la majorité des cas, les accidents ne sont pas une fatalité et peuvent donc être évités. À l'inverse, l'utilisation large du mot « traumatisme » privilégie la conséquence au mécanisme, cible privilégiée de la prévention. Par ailleurs, il existe des enfants victimes d'un mécanisme accidentel potentiellement grave qui s'en sortent avec des blessures minimales, voire inexistantes. Cette discussion sémantique est maintenant heureusement dépassée et les deux termes coexistent dans la littérature. Une différence persiste cependant sur l'étendue du champ des accidents. Au Québec, la prévention des traumatismes inclut aussi bien les traumatismes non intentionnels qu'intentionnels (violence, suicide), ce qui n'est pas le cas de la plupart des pays européens où la distinction persiste.

Les accidents de l'enfant et de l'adolescent comprennent : les accidents domestiques, les accidents scolaires et les accidents de sport et de loisirs regroupés sous le vocable d'accidents de la vie courante (AVC) ; et les accidents de la circulation, que l'enfant soit piéton, passager d'une voiture ou cycliste. En France, comme dans tous les pays industrialisés, les accidents constituent la première cause de décès, dès l'âge de 1 an, et ce jusqu'à 20 ans, et la principale cause d'années potentielles de vie perdues. Malgré une évolution favorable depuis environ 30 ans, la situation n'est toujours pas satisfaisante, la France présentant un taux de mortalité accidentelle des enfants supérieur à la moyenne des pays européens et sensiblement supérieure à celle du nord de l'Europe. Par ailleurs, si ces accidents sont le plus souvent bénins, notamment les accidents domestiques et scolaires, certains accidents de la vie courante sont graves, voire très graves. Plus de 300 enfants meurent chaque année en France des suites d'un accident de la vie courante (noyades, défenestration, incendies, intoxication par produits ménagers et brûlures sont les accidents les plus graves). Les accidents représentent, dans cette tranche d'âge, 10 % des journées d'hospitalisation et près de 20 % des handicaps à long

mtp

Tirés à part : B. Chevallier

terme. Un enfant sur huit est victime chaque année d'un accident et 20 % d'entre eux requièrent des soins médicaux. Le coût direct des accidents de l'enfant et de l'adolescent (AVC et accidents de la circulation) est estimé à près d'1 milliard d'euros et les coûts indirects à plus de 3 milliards [1, 2]. Depuis 20 ans, en France, d'importantes mesures réglementaires ou législatives ont pu être mises en place (dispositifs de retenue pour les enfants dans les voitures, limitation de vitesse des véhicules, port du casque pour les conducteurs de motocyclette, normes de sécurité pour les jouets et la literie, amélioration du conditionnement des médicaments et des bouchons de sécurité des produits ménagers). L'ensemble de ces mesures a permis de réduire le nombre de décès de près de 50 % dans la population des 1-15 ans entre 1980 et 1995. Néanmoins, il faut constater que dans l'ensemble des pays européens, le niveau de mortalité accidentelle de l'enfant et de l'adolescent reste toujours préoccupant.

L'accident, un événement complexe

La genèse de l'accident est presque toujours de type multifactoriel. L'accident est défini comme « *un événement qui, dans une séquence chronologique générale courte, conduit à un transfert d'énergie entre une source et une cible réceptrice* » [3]. Les accidents domestiques représentent plus de 60 % des accidents avant 5 ans alors qu'après 10 ans, les accidents de sports et de loisirs représentent près de 40 % de l'ensemble des accidents. Vingt pour cent des accidents surviennent en milieu scolaire entre 3 et 18 ans. L'accident lui-même est un événement complexe mettant en jeu, dans la relation de l'hôte et d'un agent vulnérant (vecteur d'énergie), des facteurs comportementaux et des facteurs environnementaux humains et matériels, selon la classique matrice de Haddon :

Causes/actions de prévention	Comportement de l'hôte	Matériel et environnement physique	Contexte culturel et socio-économique
Avant l'accident			
Pendant l'accident			
Après l'accident			

Le modèle interactif est ainsi bien défini : le sujet, l'entourage humain, l'environnement matériel et l'agent vulnérant.

1. Comportement : les caractéristiques physiologiques et psychologiques de l'enfant en font un être vulnérable. Sa petite taille, son immaturité visuelle et sa coordination psychomotrice imparfaite l'exposent à des risques particuliers. De nombreuses études ont montré le rôle

majeur du climat familial ; la séparation des parents, le jeune âge de la mère et les difficultés socio-économiques favorisent la survenue des accidents. Les événements de la vie, les changements de cadre de vie ou le stress jouent un rôle aggravant [4]. Le comportement pédagogique de la famille en terme de sécurité (parents surprotecteurs, laxistes, aménageurs ou éducatifs), le niveau de surveillance de l'enfant et la connaissance par les parents des règles de sécurité ont également leur importance [5]. Les facteurs socioculturels sont étroitement liés aux choix éducatifs comme la garde des jeunes enfants par leurs aînés [6]. Les facteurs culturels expliquent ainsi la fréquence élevée des accidents survenant chez les enfants de familles migrantes. L'analyse est encore plus complexe chez l'adolescent : le développement rapide physiologique, psychologique et social, le désir d'autonomie et l'influence des groupes de pairs favorisent le recours à des activités ludiques et sportives comportant une prise de risque [7].

2. Environnement : l'environnement de l'enfant ne lui est pas favorable [8]. L'habitat domestique, imaginé par des adultes pour des adultes représente un risque considérable : la disposition des lieux (défenestration), l'installation électrique, les escaliers (chutes avec traumatisme crânien) et les installations extérieures (piscine, barbecue) sont aussi accidentogènes que l'intérieur des maisons (produits ménagers, médicaments, ameublement, appareils électroménagers). Des liens étroits entre les conditions socio-économiques défavorables et une incidence plus élevée d'accidents est mise en évidence par de multiples études et certains mécanismes d'accidents sont autant de marqueurs de pauvreté : brûlure [9], intoxication oxycarbonée, défenestration [10]. Parmi tous les marqueurs étudiés, le niveau d'instruction de la mère semble le plus discriminant. Les familles en grande difficulté cumulent l'ensemble des facteurs de risques : logement exigu, construction ancienne, chauffe-eau défaillant, dispositif de sécurité bon marché et peu fiables, surveillance plus difficile des enfants [11]. L'organisation des activités scolaires et de loisirs ne tient pas toujours compte des spécificités de l'enfant et concourt à la survenue d'accidents (temps de récréation, constructions ludiques, terrain de sport).

Les stratégies de prévention : diverses et non toujours évaluées

La prévention repose sur deux stratégies d'actions différentes mais complémentaires : les premiers s'attaquent par la loi ou la réglementation aux risques de l'environnement (prévention passive), les seconds s'efforcent de modifier et de rendre plus sûrs les comportements des enfants et des familles qui en ont la charge, et ceux souvenent à risques des adolescents (prévention active) [4]. Plus

généralement, le concept de promotion de la sécurité émerge de l'application du processus de la promotion de la santé au champ des accidents ou des traumatismes [12]. Cette approche vise à rendre « *l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé* »[27]. Cette approche qui implique toute la population est mise en application dans les « communautés sûres », stratégie de prévention communautaire des accidents dans une zone géographiquement déterminée développée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et mise en place par les Scandinaves au début des années 1990. Ces stratégies de promotion de la santé ont été décrites dans la charte d'Ottawa et sont rappelées dans l'article de la revue concernant les stratégies de prévention.

Les questions en suspens

« *On ne prévient bien que ce que l'on connaît bien* ». Cet adage bien connu en santé publique nous fait nous interroger sur les possibles voies d'amélioration de la connaissance du problème des accidents. Trois types de stratégies peuvent être utilisés : l'amélioration de la qualité des statistiques de routine, la mesure de l'exposition au risque ; l'identification des secteurs dans lesquels on a besoin d'une connaissance complémentaire (échelle de gravité des accidents, analyse à long terme des conséquences (sur les plans somatique, social et psychologique), indicateurs économiques nouveaux intégrant la dimension de la qualité de vie et le développement des recherches appropriées et, enfin, la circulation d'informations entre les divers pays permettant une analyse commune, éclairante pour la prévention et le développement d'indicateurs pertinents.

Références

1. Chevallier B, Sznajder M. Approche économique d'un problème de santé publique : les accidents de l'enfant en France. *Arch Pediatr* 2000 ; 7 : 457-60.
2. Miller TR, Romano EO, Spicer RS. The cost of childhood unintentional injuries and the value of prevention. *Future Child* 2000 ; 10 : 137-63.
3. Berger L, Mohan D. *A global view*. Oxford Press, 1996.
4. Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC. Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotion problems in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002 ; 11 : 176-84.
5. Johnston BD, Rivara FP. Injury control: new challenges. *Pediatr Rev* 2003 ; 24 : 111-8.
6. Crawley-Coha T. Childhood injury : a status report, part 2. *J Pediatr Nurs* 2002 ; 17 : 133-6.
7. Michaud PA, Tursz A. La prévention des accidents. In : Michaud PA, Alvin P, *et al.*, eds. *La santé des adolescents*. Lausanne : Payot, Paris : Doin, 1997 : 441-50.
8. Crawley-Coha T. Childhood injury : a status report, part 1. *J Pediatr Nurs* 2001 ; 16 : 371-4.
9. Macarthur C. Evaluation of Safe Kids Week 2001: prevention of scald and burn injuries in young children. *Inj Prev* 2003 ; 9 : 112-6.
10. Engström K, Laflamme L, Diderichsen F. Equalisation of socio-economic differences in injury risks at school age? study of three age cohorts of Swedish children and adolescents. *Soc Sci Med* 2003 ; 57 : 1891-9.
11. Evans SA, Kohli HS. Socio-economic status and the prevention of child home injuries: a survey of parents of preschool children. *Inj Prev* 1997 ; 3 : 29-34.
12. Rivara FP. Prevention of injuries to children and adolescents. *Inj Prev* 2002 ; 8 (Suppl. 4) : 5-8.