



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Prévention des Accidents Domestiques de l'enfant :
Intérêt des parents à une formation aux gestes de premiers
secours**

Présentée et soutenue publiquement le 06 juin 2019 à 16h
au Pôle Formation
Par Alice MARGUERITTE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Stéphane LETEURTRE

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jacques GREBERT

AVERTISSEMENT :

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Abréviations :

AASC : Association agréée de Sécurité Civile

AcVC : Accident de la vie courante

ADT : Analyse détaillée de décès par traumatisme

AMD : Alerter, Masser, Défibriller

APS : Apprendre à porter secours

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques

EPAC : Étude Permanente sur les Accidents de la vie courante

EUROPREV : European Network for Prevention and Health Prevention in Family Medicine and General Practice

HAS : Haute Autorité de Santé

IC95 : intervalle de confiance à 95%

IGPS : Initiation aux gestes de premiers secours

Inpes : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (inclus maintenant dans Santé Publique France)

InVS : Institut de Veille Sanitaire (inclus maintenant dans Santé Publique France)

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAC-15 : Mortalité par accident de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans

NPDC : région Nord-Pas de Calais

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSC1 : Prévention et Secours Civique de Niveau 1

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UP : Urgences Pédiatriques

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies of General Practitioners

Sommaire :

| | |
|---|------------|
| I. RÉSUMÉ | p.1 |
| II. INTRODUCTION | p.2 |
| III. GÉNÉRALITÉS | p.4 |
| 1. <u>Accidents de la vie courante</u> | p.4 |
| 1.1 Définitions | p.4 |
| 1.2 Facteurs de risque | p.4 |
| 1.3 Épidémiologie | p.5 |
| 1.3.1 Mortalité | p.5 |
| 1.3.2 Morbidité | p.6 |
| 1.3.3 Épidémiologie locale | p.7 |
| 1.4 Coût | p.7 |
| 2. <u>Structures d'urgence dans le Nord et le Pas de Calais</u> | p.7 |
| 3. <u>La formation aux gestes de premiers secours en France</u> | p.9 |
| 3.1 Nombre de personnes formées | p.9 |
| 3.2 Évolution de la formation suite aux attentats terroristes de 2015 | p.9 |
| 3.3 Types de formations proposées au grand public | p.10 |
| 3.4 Extrapolation aux accidents de la vie courante | p.11 |
| 4. <u>Accidents de la vie courante en Europe</u> | p.12 |
| 5. <u>Prévention des accidents de la vie courante</u> | p.13 |
| 5.1 Définitions | p.14 |
| 5.2 Promotion de la santé | p.15 |
| 5.3 Stratégies de prévention | p.15 |
| 5.3.1 Prévention passive | p.15 |
| 5.3.2 Prévention active | p.17 |
| 5.4 Place du médecin généraliste dans la prévention | p.19 |
| 5.5 Quelques exemples de formation | p.19 |
| 5.5.1 Au niveau national | p.19 |
| 5.5.2 Au niveau local | p.20 |

| | |
|--|-------------|
| IV. MATERIEL ET METHODES | p.21 |
| 1. <u>Type d'étude</u> | p.21 |
| 2. <u>Population étudiée</u> | p.21 |
| 3. <u>Élaboration du questionnaire</u> | p.22 |
| 4. <u>Déroulement</u> | p.22 |
| 5. <u>Critères d'inclusion et d'exclusion</u> | p.22 |
| V. RESULTATS | p.23 |
| 1. <u>Analyse de la population</u> | p.23 |
| 1.1 Age et sexe | p.23 |
| 1.2 Niveau d'étude | p.23 |
| 1.3 Nombre et âge des enfants | p.24 |
| 1.4 Habitation | p.25 |
| 1.5 Facteurs de risque environnementaux | p.25 |
| 2. <u>Vision de l'accident domestique dans la population totale</u> | p.26 |
| 3. <u>Intérêt des parents pour une formation spécifique</u> | p.28 |
| 4. <u>Accidents domestiques déclarés</u> | p.29 |
| 4.1 Taux | p.29 |
| 4.2 Types d'accidents | p.29 |
| 4.3 Lésions observées | p.30 |
| 4.4 Prise en charge de l'accident | p.30 |
| 5. <u>Comparaison de l'intérêt d'une prévention entre la population ayant déclaré au moins un accident domestique et celle n'en ayant pas déclaré.</u> | p.31 |
| VI. DISCUSSION | p.35 |
| 1. <u>Validité de l'étude</u> | p.35 |
| 1.1 Points forts | p.35 |
| 1.2 Points faibles | p.35 |
| 2. <u>Résultats démographiques</u> | p.36 |
| 3. <u>Vision de l'accident de la vie courante</u> | p.37 |
| 4. <u>Information</u> | p.40 |
| 5. <u>Intérêt d'une formation des parents</u> | p.41 |
| 6. <u>Proposition théorique d'une formation</u> | p.41 |
| VII. CONCLUSION | p.44 |
| VIII. BIBLIOGRAPHIE | p.45 |
| IX. ANNEXES | p.49 |

I. RÉSUMÉ

Introduction : Les accidents domestiques de l'enfant sont un problème sous-estimé de santé publique, dont la mortalité stagne depuis plusieurs années en France, en comparaison d'autres pays européens. La prévention de ces accidents repose sur une stratégie réglementaire, informative et éducative. La généralisation de l'apprentissage des gestes de premiers secours pourrait permettre une baisse de la mortalité, qui a atteint un plateau ces dix dernières années.

Les parents sont au cœur du dispositif de prévention et de plus en plus impliqués de façon active dans les plans de prévention. Nous avons voulu, avec ce travail, évaluer l'intérêt des parents d'enfants de moins de 10 ans, à une formation aux gestes de premier secours spécifique aux accidents domestiques. Les objectifs secondaires étaient de connaître leur niveau d'information et de déterminer si la survenue d'un accident domestique modifiait leur comportement.

Méthode : Nous avons réalisé cette étude entre janvier et juin 2018 au sein d'un cabinet de médecine générale ainsi qu'aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Valenciennes. Les parents étaient interrogés à l'aide d'un questionnaire, distribué à l'occasion d'une consultation. Tous les parents d'enfant(s) de moins de 10 ans ont été inclus.

Résultats : Nous avons inclus 120 questionnaires. 75% des parents interrogés pensaient qu'une formation spécifique sur la prévention des accidents domestiques et les gestes d'urgence permettrait de mieux appréhender ce risque. Ils en attendaient surtout une meilleure gestion de l'accident. 66% des parents s'estimaient suffisamment informés sur le risque domestique. 73% des parents avaient déclaré avoir été confrontés à au moins un accident domestique, sans qu'il n'y ait d'impact significatif sur l'intérêt d'une formation.

Conclusion : Les parents sont sensibilisés au risque domestique et sont en forte demande de formation. Nous proposons, dans cette étude, un modèle théorique qui s'appuierait sur le réseau de PMI, avec une prise en charge financière à évaluer, afin de généraliser ces pratiques à tous les parents.

II. INTRODUCTION

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont longtemps restés un épiphénomène, se produisant dans une indifférence quasi-totale des pouvoirs publics comme du grand public. Longtemps considérés comme inévitables ou même une étape d'apprentissage, il a fallu la mobilisation de pédiatres, aidés par le développement de l'épidémiologie et un appui politique pour que, dans les années 1980, les accidents domestiques obtiennent une visibilité et pour reconnaître que la fatalité ne jouait qu'un rôle très minime dans leur survenue.

Depuis, grâce à plusieurs séries de mesures, aussi bien dans le milieu médical, sanitaire, du bâtiment, de la puériculture ; grâce à l'éducation des parents, la mortalité liée aux accidents domestiques a baissé de façon drastique.

Cependant, nous notons depuis plusieurs années une stagnation des données épidémiologiques, alors que d'autres pays européens affichent de meilleurs résultats. Ces pays ont depuis longtemps traité les accidents de la vie courante comme un problème majeur de santé publique, et mènent une politique très appuyée contre ces derniers.

En France, les accidents de la vie courante sont sous-estimés, et ne sont toujours pas reconnus comme un problème de santé publique, à l'inverse des accidents de la route, qui bénéficient d'une très bonne exposition médiatique et politique.

La prévention des accidents domestiques est basée sur plusieurs stratégies complémentaires, alliant réglementation, information et éducation. Les parents sont maintenant intégrés de façon active, à travers des actions de terrain, dans un but plus global de promotion de la santé.

Lors de mes stages aux urgences pédiatriques, j'ai souvent été frappée par le manque de connaissances des parents, vis-à-vis des capacités de leur enfant, mais aussi par leur manque de connaissances sur les gestes à réaliser en cas d'accident.

Le médecin généraliste a un rôle dans la prévention, mais il n'est que trop rarement joué dans la prévention de l'accident domestique. Il n'a guère l'occasion d'aborder les gestes de premiers secours, si ce n'est à posteriori d'un accident.

C'est pourquoi nous avons voulu, par un travail préliminaire, évaluer l'intérêt des parents concernant les accidents de la vie courante.

La diffusion de l'apprentissage des gestes de premiers secours pourrait permettre d'augmenter le taux de survie, de diminuer les risques de séquelle(s) et le sentiment d'anxiété/culpabilité des parents.

L'objectif principal de cette étude était donc d'estimer l'intérêt des parents en vue d'une formation aux gestes de premiers secours lors d'un accident domestique, dans un cabinet de médecine générale à Valenciennes.

Les objectifs secondaires étaient de connaître leurs connaissances sur la prévention des accidents domestiques, leur degré d'information et de déterminer si la survenue d'un accident domestique modifiait leur comportement.

III. GÉNÉRALITÉS

1. Accidents de la vie courante

1.1 Définitions

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont définis comme les « traumatismes non intentionnels » qui surviennent dans un cadre domestique (à la maison, ou dans ses abords immédiats) ou à l'extérieur (dans un magasin, sur un trottoir...), dans un cadre scolaire, lors d'une pratique sportive, etc. Cette définition exclut les accidents de la circulation et les accidents du travail. » (1)

La définition standard de « traumatisme » utilisée par l'OMS est la suivante : « Blessure causée par l'exposition aiguë à des agents physiques comme l'énergie mécanique, la chaleur, l'électricité, les produits chimiques et les rayonnements ionisants qui interagissent avec le corps dans des proportions ou à une vitesse qui dépassent le seuil de tolérance humaine. Dans certains cas (noyades et gelures), les traumatismes résultent de la privation subite d'un agent essentiel comme l'oxygène ou la chaleur. »

1.2 Facteurs de risque

Selon A. Tursz, « l'accident est presque toujours de type multifactoriel. Lorsqu'on étudie le mécanisme d'un accident, on constate en effet qu'il s'agit d'un évènement très complexe, mettant en jeu des facteurs environnementaux et matériels (...) et des facteurs comportementaux ». C'est de l'intrication de ses différents facteurs que résulte l'accident.

On distingue deux types de facteurs de risque : les facteurs endogènes, liés à l'enfant ; et les facteurs exogènes, liés à l'environnement humain (précarité sociale et/ou financière, monoparentalité, jeune âge de la mère.) et matériel de l'enfant. (2)

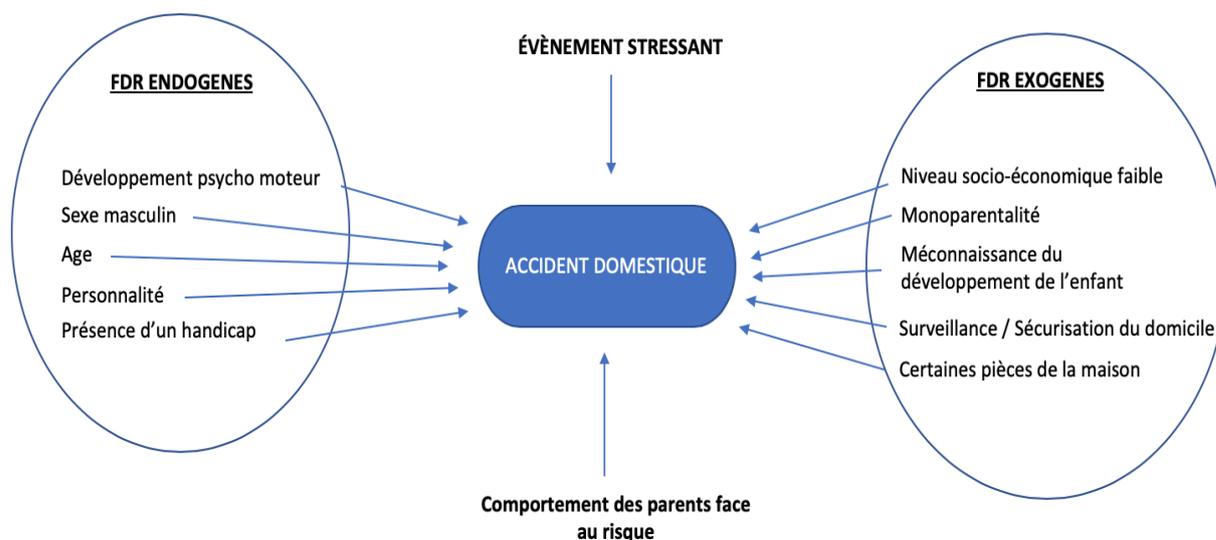


Fig1 – Facteurs de risque des accidents domestiques

1.3 Épidémiologie

Les traumatismes regroupent les accidents (accidents de la circulation, du travail et de la vie courante), les homicides, les suicides et les traumatismes d'intention indéterminée.

Avec 37 175 décès en 2012 (3), les traumatismes ont représenté le troisième groupe de causes de décès en France, après les cancers et les maladies cardiovasculaires. Les accidents de la vie courante constituaient 58% de ces décès (tous âges confondus).

1.3.1 Mortalité (4)

En 2013, en France, 364 enfants de moins de 15 ans sont décédés de traumatismes, dont 190 d'un accident de la vie courante en France métropolitaine, soit un taux de 2,55 décès pour 100 000, avec un sex-ratio de 1,8 (122 garçons - 68 filles).

Les enfants âgés de moins d'un an sont les plus concernés puisqu'on dénombre 31 décès en 2013, soit un taux standardisé de 4,08/100 000, contre 80 pour les 1-4 ans (taux standardisé 2,57/100 000) et 79 pour les 5-14 ans (taux standardisé 1,00/100 000).

Les accidents de la vie courante représentent la première cause de mortalité chez les moins de 15 ans. (3)

La première cause de mortalité en 2012 chez les moins de 15 ans reste la noyade avec 72 décès, suivi des suffocations (46 décès), des accidents causés par le feu (22 décès), des chutes (19 décès) et des intoxications. A noter que 59 enfants sont décédés selon des causes « Autres, précisées et non précisées ».

Les causes de décès varient également selon l'âge de l'enfant. Ainsi, en 2012, les noyades étaient beaucoup plus importantes chez les 1-4 ans (46 décès) et les suffocations chez le nourrisson de moins d'un an (16 décès).

1.3.2 Morbidité (5)

En 2013, selon les résultats de l'EPAC 2013, les accidents de la vie courante, tout âge confondu, ont lieu au domicile dans la moitié des cas. Ce chiffre atteint les 80,7% chez les 0-4 ans puis diminue à 42,8% chez les 5-9 ans.

Puis entre 10 et 14 ans, les accidents ont plutôt lieu sur les aires de sport/jeux (34%) et les lieux d'enseignement (32,6%). La proportion d'accident domestique au domicile baisse à 23,5%.

Le mécanisme le plus fréquent chez les 0-4 ans reste la chute (58,6%), suivi par les coups à 14,9%, les phénomènes d'écrasement ou de coupure à 11,3%. Les corps étrangers comptent pour 5,9%.

Pour les tranches d'âge 5-9 ans et 10-14 ans, nous retrouvons le même ordre statistique, dans des proportions similaires.

Les lésions les plus observées en 2013 aux urgences sont les contusions et les plaies, à plus de 30% chez les 0-14 ans (respectivement 33,3 % chez les 0-4 ans ; 30,2% chez les 5-9 ans ; et 32,5% chez les 10-14 ans).

1.3.3 Épidémiologie locale

Le Nord est le département ayant enregistré le plus de naissances en 2017, avec 32 034 naissances recensées (6).

L'ancienne région Nord-Pas de Calais possède également le taux de mortalité par accident de la vie courante, tout âge confondu, le plus élevé de France, devant la Bretagne (3).

Nous n'avons pas trouvé de chiffres statistiques sur les accidents de la vie courante chez l'enfant sur la région valenciennoise.

Une étude réalisée en 2010 aux urgences pédiatriques du CHRU de Lille retrouvait des données proches de celles de la littérature, avec un risque majoré chez les enfants âgés de moins de 5 ans, une prédominance des traumatismes à 67%. Il y est aussi évoqué un coût de 98 700€ (7).

1.4 Coût

Il est difficile de chiffrer réellement le coût global des accidents domestiques, compte tenu des difficultés épidémiologiques. Il faut distinguer les coûts directs, correspondants aux soins lors de la prise en charge de l'accident ; et les coûts indirects, liés aux séquelles physiques, sociales et/ou éducatives. (8)

Cependant, il est important de pouvoir estimer ce coût, parce qu'il précise le poids d'un problème de santé publique et qu'il permet d'orienter les stratégies de prévention. (9)

2. Structures d'urgences dans les départements du Nord et Pas de Calais

Dans les départements du Nord et du Pas de Calais, il existe 17 implantations d'un service médical d'urgence et de réanimation réparties sur le territoire, permettant à la quasi-totalité des habitants de se trouver à moins de 30 minutes de soins urgents. (10)

Seules 143 communes, soit 1,26% de la population, sont à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence. Aucune commune ne se trouve à plus de 41 minutes.

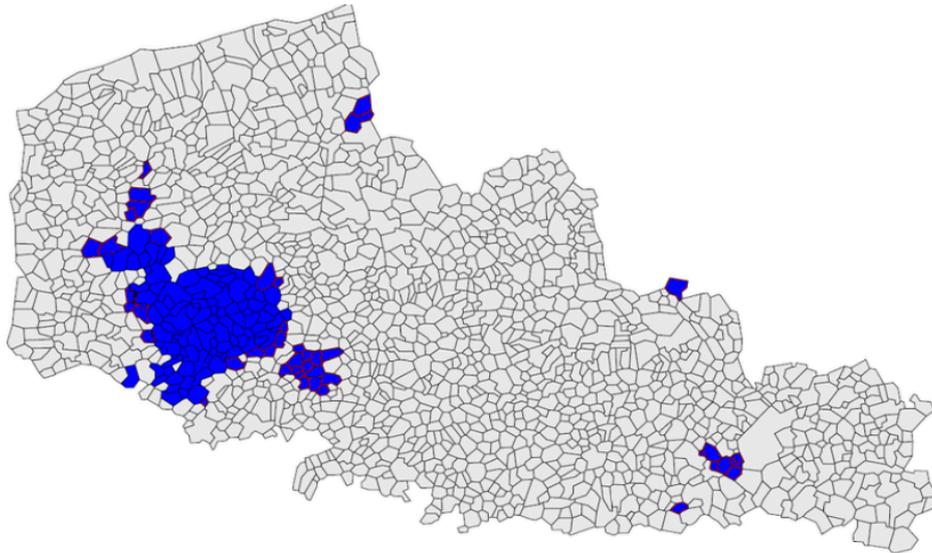


Fig.2 : Communes à plus de trente minutes d'un SMUR en heures pleines
(Source ARS)

En ce qui concerne les Services Départementaux d'Incendies et de Secours (SDIS) du Nord, leur répartition est homogène sur le territoire, comme on peut le voir sur la carte suivante.

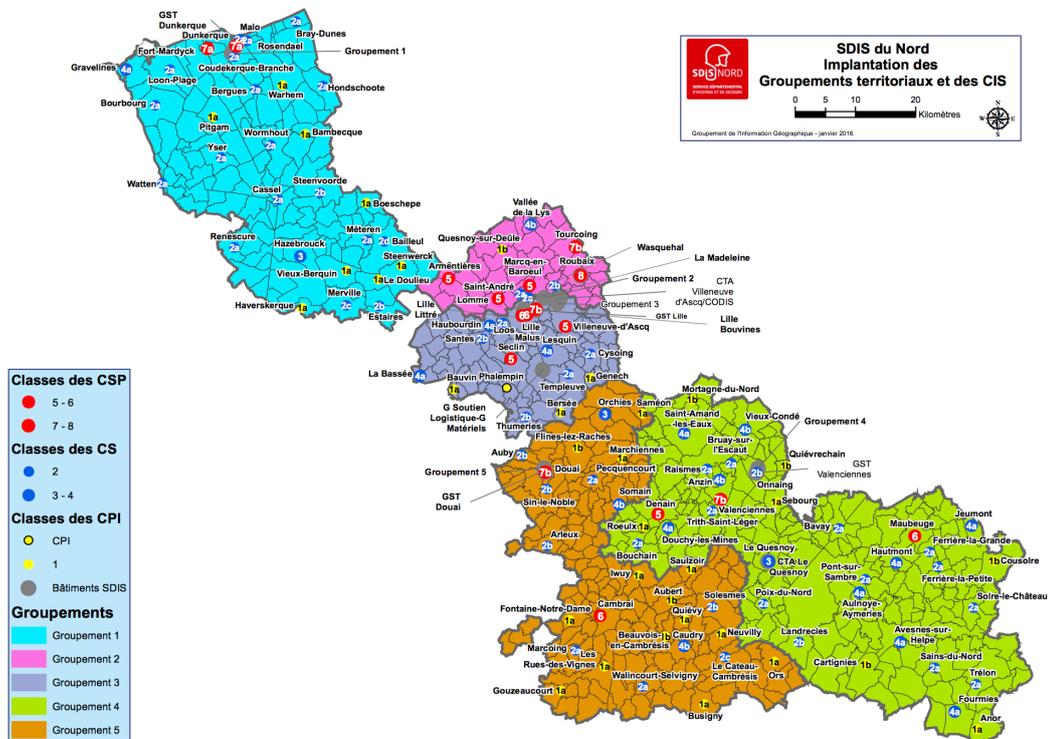


Fig.3 : Implantation des Groupements territoriaux et des CIS
(Source ARS)

Enfin, en ce qui concerne les urgences pédiatriques (UP) (11), le territoire du Hainaut dispose de 2 accueils identifiés « structures d'urgences pédiatriques », le Centre Hospitalier (CH) de Valenciennes, et le CH de Maubeuge ; et de 2 établissements disposant de service d'urgence et d'un service de pédiatrie, avec accueil des enfants variant selon l'heure d'arrivée et la pathologie, aux CH de Cambrai et de Fourmies (11) .

3. La formation aux gestes de premiers secours en France

3.1 Nombre de personnes formées en France :

En septembre 2013, selon un sondage OpinionWay (12) pour la Croix-Rouge, 31% de la population française était titulaire d'un diplôme de secourisme en France, 18% avaient reçu une formation de quelques heures et 50% n'avaient jamais suivi de formation aux gestes qui sauvent.

Ces chiffres sont en augmentation régulière. Ainsi en 2009, seul 27% de la population française était formée aux gestes de premiers secours. (13)

Parmi les 31% de gens formés et titulaires d'un diplôme de secourisme, 45% ont entre 18 et 24 ans, 18% entre 25 et 34 ans.

La France se classe ainsi 6^e pays européen en taux de formation de la population aux gestes de premiers secours (14). En première position, on retrouve la Norvège avec un taux de 95% de formation, puis l'Allemagne et l'Autriche à 80%, l'Islande à 75% et la Suède à 50%.

On note également en Europe une forte disparité Nord-Sud.

3.2 Évolution de la formation suite aux attentats terroristes :

A la suite des attentats en France en 2015 et 2016, la volonté de se former aux gestes de premiers secours a connu une forte demande. C'est dans ce contexte que la secrétaire d'État chargée de l'aide aux victimes a commandé une mission sur la « généralisation au plus grand nombre de la formation aux gestes qui sauvent »,

conduite par le Dr Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes de France, et Éric Faure, président de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (15).

Par la même occasion, la formation aux gestes de premiers secours a été déclarée « Grande cause nationale 2016 » avec un objectif de 80% de la population formée.

On peut facilement extrapoler ces données à notre étude puisque la plus grande part de la population formée est en âge de devenir parent pour la première fois et seront donc plus à risque d'être confrontés aux accidents domestiques.

Ce rapport rappelle également (p.4) que le délai moyen d'intervention en France en cas d'accident (toute cause confondue) est de 13 minutes, variable selon le territoire (urbain, rural, proximité des secours). « Dans ce délai incompressible, le citoyen est le premier maillon de la chaîne des secours ; il est seul et doit savoir pratiquer les gestes qui sauvent. » (p.5)

3.3 Type de formations proposées au grand public : (11)

Il existe 4 formations « grand public » dispensées par différents organismes :

- « Apprendre à Porter Secours » (APS) par l'Éducation nationale
- « Alerter Masser Défibriiler » (AMD) par les ministères de la Santé et de l'intérieur
- « Initiation aux gestes de premiers secours » (IGPS) par le ministère de la Défense
- « Prévention et secours civiques 1 » par le ministère de l'Intérieur.

Le PSC1 étant le diplôme le plus dispensé en France, nous nous intéresserons plus spécifiquement à ce dernier.

Il s'agit d'une formation de 7h, dont le coût est de 60€ en moyenne.

Selon le rapport Pelloux/Faure « Chaque année, environ 587 000 personnes suivent cette formation théorique et pratique, dispensée :

- D'une part, par les associations dites « agréées de sécurité civile » (AASC) par le ministère de l'Intérieur. Ce sont environ 400 000 PSC1 qui sont délivrés chaque année par ces associations.

- D'autre part, par l'Éducation nationale pour environ 187 000 PSC1. Elle dispose de son propre vivier de formateurs (enseignant(e)s, personnels administratifs, infirmier(ère)s scolaires) pour dispenser les formations au sein de ses établissements auprès des élèves. Elle peut également s'appuyer sur les services des AASC. » (p.6)

La formation (16) se déroule donc sur 7 heures en plusieurs temps : étude de cas, exposés interactifs, mises en situations pratiques et quizz. Elle est accessible dès l'âge de 7 ans et ne nécessite aucun prérequis.

Les sessions se déroulent par groupe de 10 personnes par formateur.

Elle aborde les thèmes suivants :

- Malaise et Alerte
- Plaies et la protection
- Brûlures
- Traumatismes
- Hémorragies
- Obstruction des voies aériennes
- Perte de connaissance
- Arrêt cardiaque
- Alerte aux populations

3.4 Extrapolation aux accidents domestiques

En novembre 2018, l'association Attitude Prévention (17) a réalisé un sondage sur les accidents domestiques chez l'enfant. 90% des parents reconnaissent avoir eu un comportement à risque en présence de leur enfant, justifiant leur attitude par l'absence de danger perçu ou par inattention.

90% des parents impliqués dans un accident de la vie courante estimaient qu'il aurait pu être évité, en prenant de simples précautions ou renforçant la surveillance.

Dans la région Hauts de France, on retrouve sensiblement les mêmes résultats. Les parents manquent de connaissance sur les accidents domestiques et sous-estiment le risque (53%), ou pensent que leur enfant est conscient du danger (28%).

Une étude sur les gestes de premier secours (12), adaptée pour les accidents de la route, a été réalisée en 2013. Certaines données sont extrapolables à tout type d'accident, dont les accidents de la vie courante.

Par exemple, à la question « Quel serait votre premier geste pour venir en aide aux victimes ? », 9% seulement appliqueraient les gestes de premiers secours, quand 55% appelleraient les secours et 36% baliseraient le lieu de l'accident. A noter que sur ces 9%, 10% ont reçu une formation aux gestes de premiers secours.

89% des gens qui ont porté secours à des victimes d'accidents de la route ont eu l'impression d'avoir pu être utile dans l'attente de l'arrivée des secours. 95% d'entre eux avaient reçu une formation aux gestes de premiers secours.

Et enfin, à la question « Dans certains pays européens, une formation aux premiers secours est obligatoire lors du passage du permis de conduire », 98% des sondés ont répondu que c'était une très bonne chose (60%) ou une bonne chose (38%).

Ces différents points montrent que la population générale est consciente de l'intérêt d'une formation aux premiers secours et de son utilité dans la chaîne des secours. On peut imaginer qu'il en est de même en ce qui concerne les accidents domestiques.

4. Accidents de la vie courante en Europe

En 2012, une étude européenne appelée « TACTICS » (pour ressources destinées à agir sur les traumatismes et les blessures chez les enfants et la sécurité des enfants) a fait un état des lieux de la sécurité de l'enfant sur 27 pays (18). Il existait un gradient Nord-Sud très net.

Les pays les mieux notés (Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède notamment) étaient mis en avant grâce à l'existence d'une politique nationale de santé de l'enfant.

La Suède, souvent prise en exemple, est un pays qui a depuis de nombreuses années mené une politique tournée vers le bien-être de l'enfance. Il existe notamment au sein des « Child Health Care Center » (19) des programmes spécifiques de prévention. Dans le cas des accidents domestiques, le programme commence dès la naissance de l'enfant, avec une visite à domicile. Les parents sont aussi aidés financièrement jusqu'aux 16 ans de l'enfant.

Aux Pays-Bas, pays dont le taux de mortalité est le plus bas d'Europe, une « coordination entre les trois niveaux politiques : central, provincial et local a été mise en place à partir de 2001 ainsi qu'entre tous les services concernant la santé et l'éducation de l'enfant (politique de la jeunesse). Une attention particulière est portée à la prévention et au soutien de la parentalité ». (20)

Au Royaume-Uni, suite à une grande consultation nationale en 2000, un programme national de douze recommandations médico-sociales entrées sur l'enfant et sa famille a été lancé. Deux recommandations concernaient la naissance et les 3 premiers mois de vie (20). Depuis les années 1980, il existe également des organismes réunissant des représentants de tous les organismes impliqués dans la prévention des accidents domestiques (médecins, industriels, enseignants, assureurs..) (8).

Ces pays ont depuis longtemps intégré la prévention dans les accidents de l'enfant. Ils ont également été parmi les premiers à légiférer sur la sécurité des produits et de l'environnement de l'enfant (21) . Enfin, la coordination et la communication entre les différents secteurs impliqués est bien développé.

5. Prévention des accidents de la vie courante

La prévention est un terme complexe qui peut se définir sous plusieurs aspects.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), elle consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation d'une maladie ou incapacité.

Dans le cas des accidents domestiques de l'enfant, les actions de prévention ont permis une nette diminution de la mortalité ces 70 dernières années. Cependant, depuis plusieurs années maintenant, les statistiques ont atteint un plateau, qui reste plus élevé que certains de nos voisins européens, comme la Suède ou le Royaume Uni.

La prévention des accidents domestiques rencontre plusieurs obstacles : l'origine plurifactorielle, l'indifférence relative des parents vis-à-vis du « petit risque quotidien », et la sous-médiatisation.

5.1 Définitions

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1948 est la plus courante. (22) Elle distingue trois types de prévention :

- La prévention primaire agit avant que la maladie ou l'incapacité apparaisse. C'est par exemple le cas des campagnes de vaccination, ou l'aménagement du domicile.
- La prévention secondaire agit à un stade précoce de l'évolution de la maladie ou de l'incapacité. Le dépistage de masse appartient à la prévention secondaire.
- La prévention tertiaire agit sur les complications et le risque de récurrence d'une maladie ou incapacité.

Le Bureau des Données de Santé Publique propose une définition plus « adaptée » à l'accident domestique, en intégrant de fait l'environnement global de la personne et le contexte multifactoriel de l'accident domestique.

Elle comprend les « actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou problème de santé, à éviter leur survenue, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives ou comportementales, des pressions politiques ou de l'éducation.

5.2 Promotion de la santé

La notion de promotion de la santé est apparue à la fin des années, 1980, et promulguée par la charte d'Ottawa (23) (OMS) . La prévention est intégrée à un concept plus large, dont le but est de protéger la santé et la qualité de vie. Elle couvre le domaine social, environnemental et s'articule autour de 3 axes :

- Des politiques de santé publique
- L'acquisition de connaissances de compétences par la personne pour qu'elle puisse faire les bons choix en matière de santé (au sens large) ainsi que l'accès à l'information
- Un engagement des municipalités pour promouvoir la santé.

En France, la santé de l'enfant est assurée par plusieurs professionnels : le pédiatre ou le médecin généraliste, mais aussi par les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Ces services départementaux ont été créés à la fin de la Seconde Guerre Mondiale pour assurer le suivi des jeunes mères et des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans.

Ils proposent ainsi des consultations médicales, vaccinations par un médecin, mais ce sont aussi des centres de conseils à la parentalité avec la présence d'une infirmière puéricultrice. Des visites à domicile sont également proposées. (24)

5.3 Stratégies de prévention

En matière d'accident domestique, la prévention repose sur 2 types de stratégies, complémentaires : la prévention passive et la prévention active.

5.3.1 Prévention passive

La prévention passive concerne l'ensemble des mesures permettant d'améliorer la sécurité de l'enfant à domicile. Elle est à l'origine de la certification, de la norme et mettent sur un pied d'égalité tous les enfants, grâce à des lois ou décrets ; du moins en théorie.

Elle met en relation plusieurs acteurs :

- Gouvernementaux : DGCCRF, Ministère de la Santé, des Sports, de l'Agriculture, Europe etc...
- Industriels : bâtiment, équipement ménagers, jouets, produits d'entretien...
- Le consommateur, parent et enfant.

Elle permet, à priori, de sécuriser au maximum l'environnement de l'enfant, en sécurisant la maison (température et salubrité de l'eau courante, peintures sans plomb), mais également les articles de puériculture, les jouets, ou encore la nourriture.

Elles ont l'avantage, lors de leur application, d'être généralisées et donc de donner des résultats quantifiables et visibles. De plus, elles permettent de réduire un risque partout, pour toute une population donnée.

Certaines réglementations ont eu des conséquences majeures :

- Réduction des brûlures par eau chaude sanitaire depuis la limitation de la température en eau chaude à 49,5°C dans l'état de Washington
- Réduction de la mortalité par incendie d'habitation depuis l'équipement en détecteurs de fumée en Grande Bretagne
- Réduction de la mortalité par noyade en baignoire depuis l'interdiction de vente de dispositifs de bains au Danemark et en Suède (25)

Elles ont comme inconvénient, pour le consommateur, d'entraîner parfois un surcoût du produit, ou de nécessiter un renouvellement des équipements vétustes et/ou dangereux. Or nous savons que d'appartenir à un milieu social défavorisé est un facteur de risque d'accident domestique.

Pour être efficace, la réglementation doit également être comprise et appliquée. Une étude au CHRU de Lille en 2011 (26) sur l'absence ou l'échec des moyens de prévention montrait que, pour 87% des enfants ayant chuté dans les escaliers, la barrière de sécurité était absente. De la même manière, 79% des enfants ayant chuté de leur chaise haute n'étaient pas attachés.

Pour être sécuritaires, les produits proposés doivent avoir été testés et répondre à certaines obligations. Encore récemment, certains produits se sont avérés dangereux. C'est le cas d'une balancelle, qui serait responsable aux États-Unis d'une dizaine voire une trentaine de décès par asphyxie, chez des enfants capables de se retourner et non attachés. (27)

Il est donc indispensable que les consommateurs et/ou professionnels de santé puissent alerter facilement en cas de danger potentiel d'un équipement aux autorités.

Dans le cas récent de la balancelle, il a fallu plus d'un an entre les premières plaintes en janvier 2018, et le retrait officiel en avril 2019. (28)

En conclusion, toutes ces mesures ont participé à la réduction du risque domestique. Leur caractère obligatoire et généralisé leur permet d'être efficace, pour peu que la consigne soit comprise et appliquée.

5.3.2 Prévention active

La prévention active concerne l'éducation du parent (et de l'enfant dès que possible) et l'information. Elle est le complément indispensable à la prévention passive.

Il s'agit d'actions menées principalement par des organismes publics (Santé Publique France) mais aussi privés, basés sur l'épidémiologie.

En France, de nombreuses campagnes d'information sont menées chaque année. Leur diffusion est habituellement multi-support (Télévision, radio, affichages, tracts), agrémentée de plus en plus souvent d'un site internet dédié et/ou d'outils pédagogiques.

Elles ont l'avantage d'être généralisées, facilement accessibles et d'appuyer sur un thème précis, le plus souvent saisonnier (noyades en été, intoxication au

monoxyde de carbone l'hiver). Leur côté répétitif permet une prise de conscience et une modification du comportement et de la gestion du risque.

Elles se heurtent pourtant à plusieurs obstacles. Le premier (et principal) étant l'indifférence relative des parents concernant l'accident domestique, notamment lorsqu'ils n'y ont pas été sensibilisés directement. Elles nécessitent également une adaptation, pour pouvoir être comprises par tous.

Elles souffrent également, malgré tout, d'un intérêt médiocre par les médias. Leur diffusion pendant le temps publicitaire peut également rendre l'information moins pertinente. Enfin, les professionnels de santé sont également peu impliqués dans la prévention, souvent par manque de temps.(8)

L'autre volet de la prévention active est donc l'éducation des parents. Un article de 2010 sur les stratégies de prévention montrait que les parents ont tendance à sous-estimer les capacités et la curiosité de leur(s) enfant, et à surestimer leur capacité de gestion du risque (29).

Il apparaît comme nécessaire d'impliquer les parents dans le développement psychomoteur de leur enfant, afin qu'ils puissent appréhender le risque, et mieux le maîtriser.

Les interventions les plus efficaces en matière de prévention des accidents domestiques sont celles qui coordonnent information et éducation, directement au domicile, avec fourniture des équipements, démonstration des mesures de sécurité. Elles se déroulent sur plusieurs visites, toujours au domicile, pour assurer le suivi et renforcer l'observation des règles de sécurité. (25)(30)

La réussite de tels programmes nécessite quatre conditions : la session doit se dérouler à domicile, avec remise gratuite du kit de sécurité qui doit être facile à installer. Les familles doivent bénéficier d'aides pour l'installation du kit et plusieurs visites à domicile doivent être prévues pour assurer un bon suivi de l'intervention.
(31)

5.4 Place du médecin généraliste dans la prévention

Par définition acteur de premier recours, le médecin généraliste joue un rôle important dans la prévention et globalement dans la promotion de la santé de l'enfant. (32)

Si la prévention médicale pure est bien décrite, les médecins généralistes n'ont pas souvent l'occasion d'aborder la sécurité domestique en consultation. C'est plutôt à l'occasion d'un accident qu'il peut dispenser des conseils.

Le manque de temps, mais aussi de formation et d'outils, sont les principaux freins à une anticipation. (33)

Avec la nouvelle version du carnet de santé, le médecin dispose d'une occasion pour aborder la sécurité domestique, soit par questionnement des parents, soit pour servir de base de discussion. Il y est inclus plusieurs pages sur le risque domestique. L'avantage du suivi régulier du nourrisson doit permettre également de répéter l'information et de pouvoir l'adapter à l'âge et au développement de l'enfant.

Enfin, depuis 1995 se développe au niveau européen l'étude EUROPREV, le réseau européen pour la prévention et la promotion de la santé en médecine générale. Même s'il s'adresse à l'ensemble de la population de médecine générale, on pourrait imaginer développer le même réseau, spécifiquement dédié à la prévention des accidents domestiques de l'enfant, se nourrissant des stratégies qui fonctionnent. (34)

5.5 Quelques exemples de formation et programmes de prévention

5.5.1 Au niveau national

En 1984, sur l'initiative du Dr Caron, est née la « Maison Géante », en réalité un appartement surdimensionné pour que l'adulte perçoive le monde tel qu'un enfant de 2 à 4 ans le perçoit. C'est une stratégie de sensibilisation ludique et originale, qui permet une prise de conscience immédiate. (35)



Fig.4 : « La Maison géante » (35)

Depuis juin 2013 est mis en place l'observatoire MAVIE (36), enquête prospective cherchant à évaluer la santé, l'environnement et l'activité de 100 000 membres volontaires. Il collecte également des données sur les accidents de la vie courante, sur un site internet dédié.

Le Ministère des Sports a lui lancé en avril 2019, le plan « J'apprends à Nager », dans le cadre du dispositif interministériel d'« Aisance aquatique » (37). Ce programme a été mis en place suite à une forte hausse des noyades ces dernières années. Il a pour objectif que les enfants sachent nager à leur entrée en sixième, grâce à 10 séances d'une heure, gratuitement.

5.5.2 Au niveau local

L'organisme de formation SC-Formation Prévention Secours (38) est spécialisé dans la formation aux gestes de premiers secours, et basé à Valenciennes.

Il propose des ateliers d'initiation aux premiers secours enfants-nourrissons (IPSEN) à tous, à partir de 14 ans.

La formation, développée sur 4 heures en petit groupe, aborde les gestes d'urgence sur les situations d'urgence les plus courantes : obstruction des voies aériennes, hémorragie externe, perte de connaissance, arrêt cardiaque ; à l'aide de mises en situation pratiques.

A Onnaing, c'est une cuisine géante (39) qui a été installée, le temps d'une semaine, pour sensibiliser les adultes aux risques domestiques, dans la pièce la plus dangereuse.

IV. MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative par questionnaire, auprès d'une population locale d'un cabinet de médecine générale à Valenciennes et aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Valenciennes.

L'objectif principal était d'étudier l'intérêt de parents d'enfant de moins de 10 ans sur une formation aux gestes de premiers secours en cas d'accident domestique.

Les objectifs secondaires étaient de connaître leurs connaissances sur la prévention des accidents domestiques, leur degré d'information et de déterminer si la survenue d'un accident domestique pouvait modifier leur comportement.

2. Population étudiée

Nous avons proposé aux parents d'enfants de moins de 10 ans, à l'occasion d'une consultation au cabinet médical, de remplir le questionnaire. Ils pouvaient le remplir chez eux ou pendant la consultation.

Nous souhaitons avoir la population la plus diversifiée possible, se rapprochant de celle d'un cabinet de médecine générale.

Des questionnaires ont été déposés dans la salle d'attente des urgences pédiatriques du CH de Valenciennes, en libre-service, avec des affiches expliquant notre démarche.

3. Élaboration du questionnaire

Il se composait de 3 parties, avec des questions à choix multiples, pour faciliter des réponses rapides et intuitives.

La première partie rassemblait des données socio-administratives, pour cerner la population. La seconde partie interrogeait sur l'expérience personnelle des parents sur l'accident de la vie courante. La troisième partie concernait leurs connaissances sur la prévention et la formation.

4. Déroulement

Les questionnaires ont été distribués sur une période de six mois, de janvier à juin 2018.

La majorité des questionnaires a été remplie lors d'une consultation, avec la présence d'un médecin et sur sa proposition, afin d'augmenter l'adhésion. La mise à disposition du questionnaire en libre-service s'est avérée peu fructueuse, avec peu de réponses et de questionnaires complets.

Chaque patient était informé du but de l'étude, et de l'anonymat des réponses. Le questionnaire a été testé sur quelques parents dans le cercle familial, puis modifié lorsque les questions paraissaient trop vagues.

5. Critères d'inclusion / d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient tous les parents, père ou mère, d'enfants de moins de 10 ans, consultant aux urgences pédiatriques ou au cabinet de médecine générale.

Les critères d'exclusion étaient un questionnaire incomplet, ainsi que l'âge des enfants supérieur à 10 ans.

V. RESULTATS

Nous avons récupéré au total 183 questionnaires sur une période de 6 mois. Sur ces 183, 120 questionnaires ont été inclus. 34% des questionnaires incomplets et/ou d'âge incompatible ont été exclus, 3 ont été exclus car incomplets et/ou âge incompatible, soit une perte de 34% de données potentielles. Au final, nous avons retenu 120 questionnaires.

1. Analyse de la population

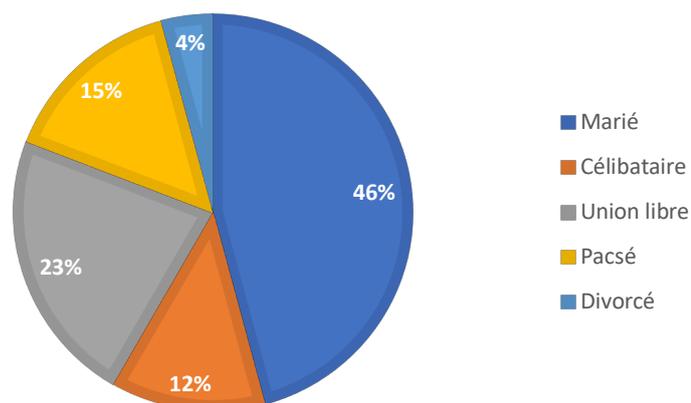
1.1 Age et sexe

85% des répondants au questionnaire étaient des femmes, contre 15% des hommes. La moyenne d'âge des mères se situaient à 35,3 ans, avec un intervalle de confiance à 95% (IC95) de [34,02 ; 36,63].

La moyenne d'âge des pères était de 37,2 ans, avec un IC95 à [33,43 ; 41,02].

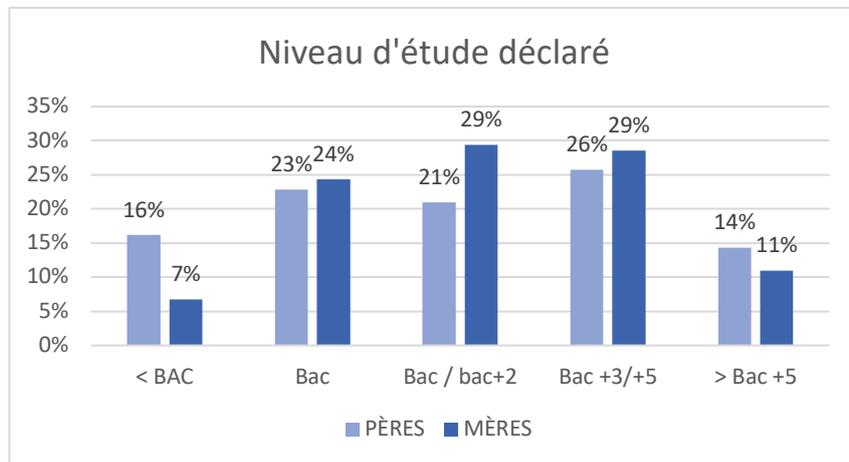
83% des répondants étaient en couple (45% mariés, 23% en union libre et 15% pacsé). 13% étaient célibataires et 4% étaient divorcés.

FIG.5 - SITUATION FAMILIALE DES PATIENTS



1.2 Niveau d'étude déclaré

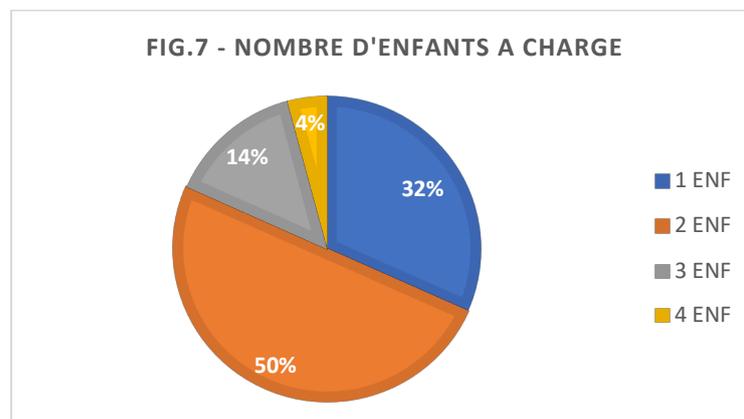
Les mères avaient un niveau d'étude supérieur aux pères, 58% d'entre elles déclarant un niveau Bac / Bac +5, contre 47% pour leurs conjoints.



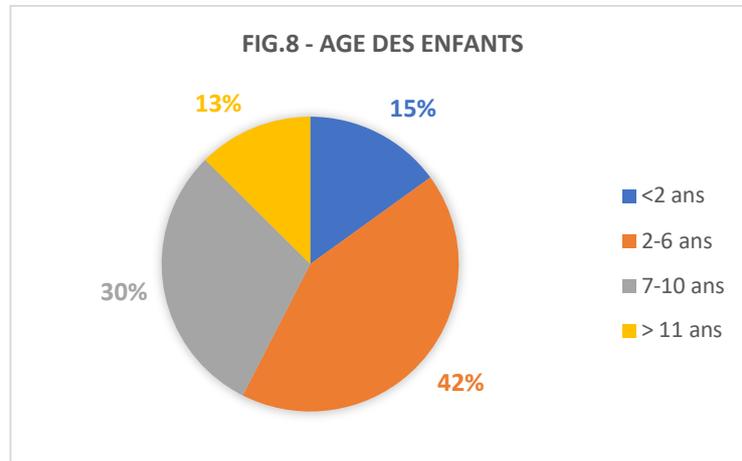
60% des sondés déclaraient avoir une formation aux gestes de premiers secours, 40% pour le PSC1 et 20% une autre formation. L'origine professionnelle de la formation s'élevait à 40%.

1.3 Nombre et âge des enfants

En ce qui concerne la composition de la famille, 50% des familles avaient deux enfants, 32% un seul enfant. Les familles de plus de trois enfants représentaient 18% de l'échantillon (respectivement 14% pour les familles de 3 enfants et 4% de familles de quatre enfants). Aucune famille ne se composait de plus de quatre enfants.

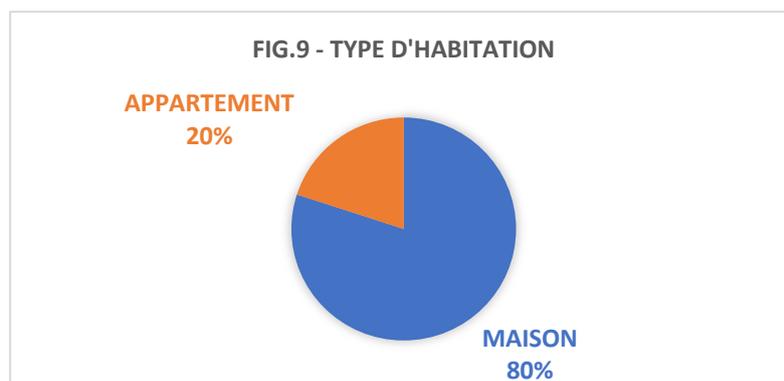


L'âge des enfants se situaient majoritairement entre 2 et 6 ans (43%), puis entre 7 et 10 ans (30%). Les enfants de moins de deux ans représentaient 15% de la population, 13% avaient plus de 11 ans.



1.4 Habitation

80% des sondés déclaraient vivre en maison. Les 20% restants vivaient en appartement, à 92% en étage élevé (supérieur au deuxième étage) contre 8% en rez-de-chaussée.

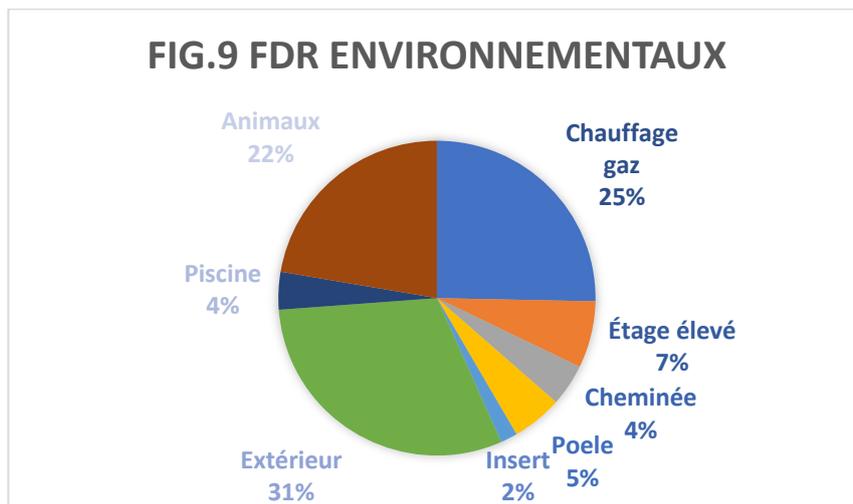


1.5 Facteurs de risque environnementaux

Le gaz était le type de chauffage le plus représenté (68%), devant l'électricité (27%). Les autres modes de chauffage (fioul ou autres) se situaient à 5%, dont 2% de fioul domestique.

Les habitations possédaient un extérieur pour 69%. Les cheminées, poêle et insert représentaient respectivement 9%, 12% et 4% des équipements. 7% des habitations étaient équipées d'une piscine.

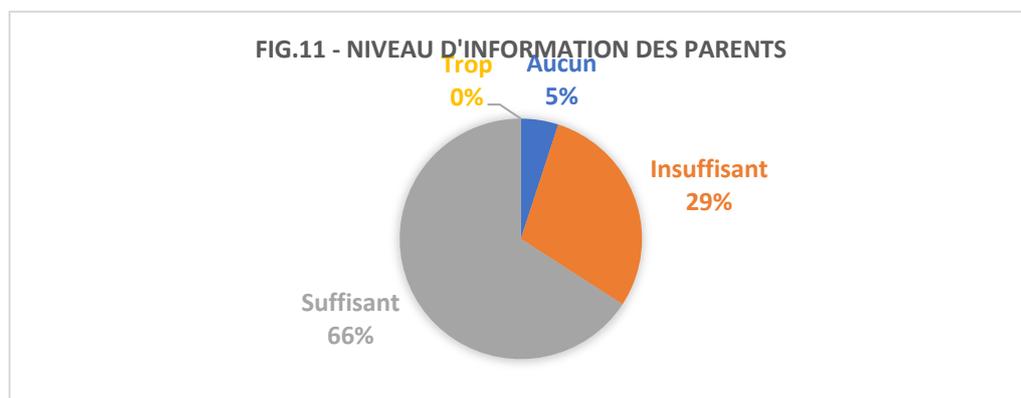
61% de la population déclaraient avoir un animal domestique, majoritairement un ou des chiens (42%), chats (38%).



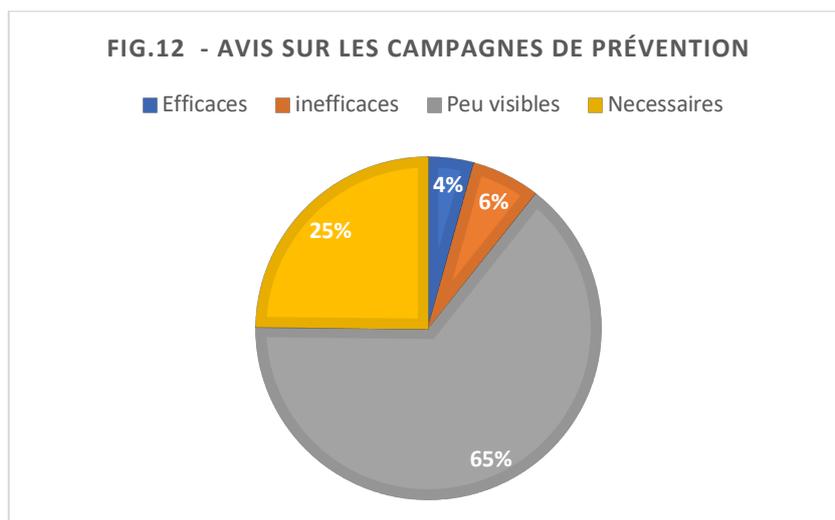
2. Rapport à l'accident domestique dans la population totale

La majorité (79%) des participants estimait que l'accident domestique était évitable. Ils le considéraient comme une préoccupation du quotidien à 68%.

Le niveau ressenti d'information semblait suffisant pour 66% des participants, 29% pensaient ne pas avoir reçu assez d'informations, 5% aucune information. Aucun n'estimait être trop informé.

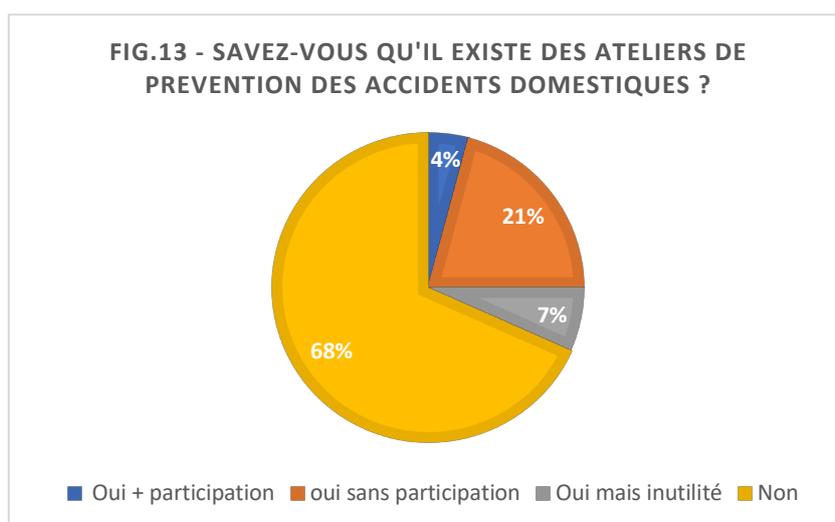


65% des sondés estimaient que les campagnes de prévention mises en place par les pouvoirs publics étaient trop peu visibles ; 25% pensaient qu'elles étaient nécessaires. Ces campagnes de prévention étaient jugées efficaces pour 4%, et inefficaces pour 6%.



68% ne connaissaient pas l'existence d'ateliers dédiés à la prévention des accidents domestiques.

Sur les 42% restants, 4% y avait déjà participé, 7% n'en voyait pas l'utilité et 21% déclarait ne pas y avoir encore participé.



76% des parents déclaraient avoir réalisé des aménagements de leur domicile en prévention des accidents domestiques.

43% des personnes interrogées avaient donné des consignes à leur(s) enfant(s) en cas d'urgence. Aucune consigne n'était donnée dans 22% des cas. Pour 36% des cas, les enfants n'étaient pas en âge de comprendre des consignes.

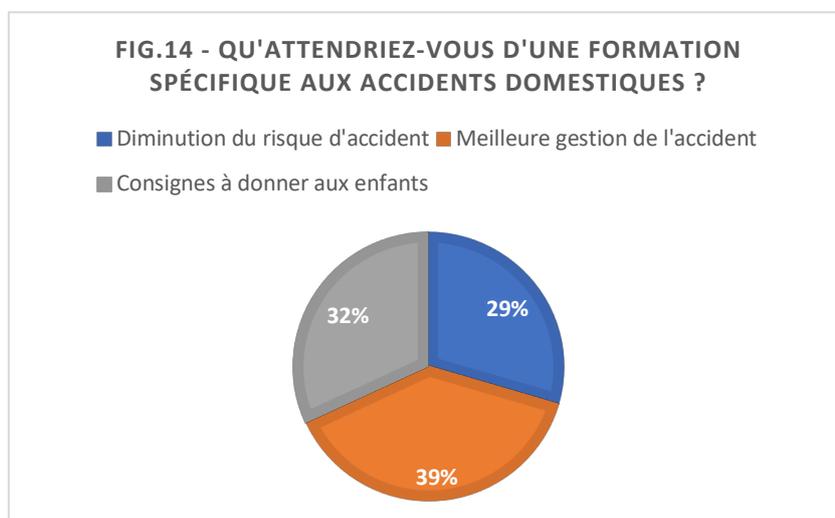
42,5% des gens pouvaient donner les quatre numéros d'urgence principaux (Police-Secours, Pompiers, SAMU, Numéro d'urgence européen). 38% connaissaient les numéros de la Police, des Pompiers et du SAMU.

Pris individuellement, les numéros de la Police, des Pompiers, du SAMU et du numéro d'urgence européen étaient connus respectivement à 28%, 29%, 28% et 15%.

3. Intérêt des parents pour une formation spécifique

75% des parents pensaient qu'une formation spécifique sur la prévention des accidents domestiques et les gestes d'urgence permettrait de mieux appréhender le risque.

Ils en attendaient principalement une meilleure gestion de l'accident à 39% ; ensuite, des conseils à donner à leurs enfants (32%) et une diminution du risque d'accident (30%).



L'utilité d'une formation dédiée à la prévention des accidents domestiques réalisée à l'occasion d'une grossesse (pour exemple) séduisait 54% des personnes interrogées. 4% n'en voyait pas l'utilité, 42% n'avaient pas d'avis tranché.

4. Accidents domestiques déclarés

4.1 Taux

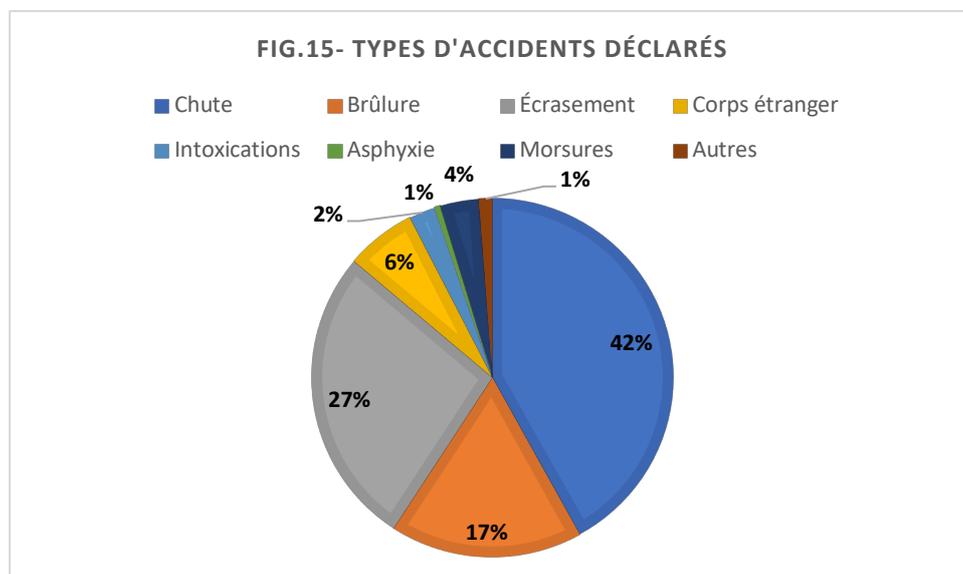
Sur 120 questionnaires, 88 déclaraient avoir été confrontés à un ou plusieurs accidents domestiques de l'enfant, soit 73%.

4.2 Types d'accidents

174 types d'accidents ont été décrits, sur un total déclaré de 200 enfants, soit 0,87 accidents par enfant.

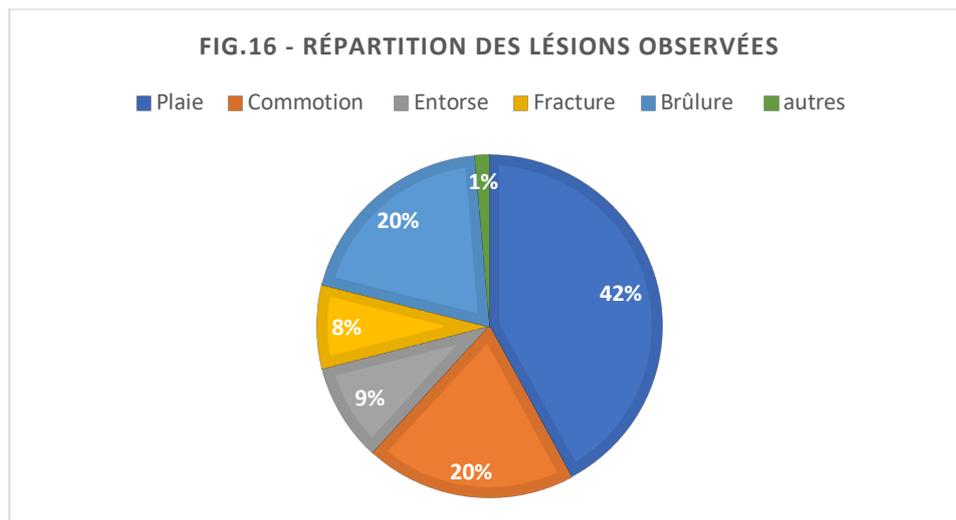
La chute était le type d'accident le plus représenté, avec 73 cas, soit 41,95%. Suivaient l'écrasement à 27,01% (47 cas), les brûlures à 17,25% (30 cas), les corps étrangers à 6,32% (11 cas), les morsures à 3,45% (6 cas), les intoxications à 2,30% (4 cas), les asphyxies à 0,57%. On notait 1,15% d'autres types, soit 2 cas.

Aucune noyade n'a été répertoriée.



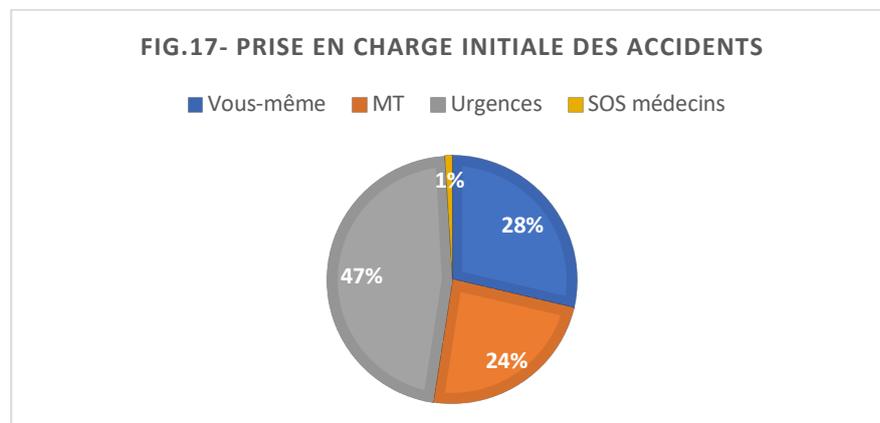
4.3 Lésions observées

Les principales lésions observées étaient les plaies à 42,11%, puis les brûlures et les commotions à 19,74%. Les traumatismes (fractures et entorse) représentaient 17,11%. 1,32% concernaient d'autres types de lésions.



4.4 Prise en charge de l'accident

Les parents avaient eu recours aux urgences dans 46,72% des cas d'accidents décrits. 28,69% avaient pris en charge eux-mêmes l'accident et 23,77% avaient consulté leur médecin traitant ou pédiatre. 0,82% (1 cas) avait contacté SOS médecins.

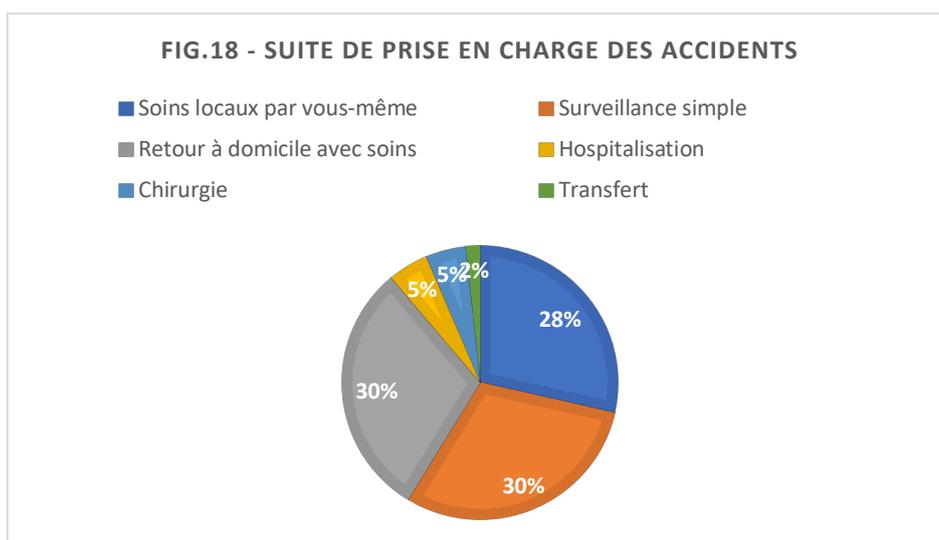


A noter que 3 cas décrits (3,4%) avaient d'abord été pris en charge par le parent, puis par le médecin traitant ou le pédiatre, puis par les urgences.

14 cas (15,9%) avaient été gérés par le médecin traitant ou pédiatre puis par les urgences. 31 cas (35%) ont été pris en charge par les urgences uniquement. 19 cas n'ont pas été médicalisés.

La suite de la prise en charge a nécessité une simple surveillance dans 30,16% des cas (38 cas). 74 cas ont bénéficié de soins, 38 après un avis médical (30,16%), 36 sans avis médical (28,57%).

Une hospitalisation a été nécessaire dans 6 cas, soit 4,76% des accidents déclarés. La chirurgie a été requise dans 6 cas également, soit 4,76%. Deux transferts ont été recensés, correspondant à 1,59% des accidents déclarés.



5. Mesure de l'impact d'un accident domestique sur les connaissances et/ou besoins en formation.

Sur 120 questionnaires au total, 88 ont déclaré au moins un accident domestique, soit 73% et 32 n'ont déclaré aucun accident domestique, soit 27%.

Nous avons voulu comparer ces deux populations, pour mesurer l'impact ou non de l'accident domestique sur l'intérêt d'une formation aux accidents domestiques.

Nous avons utilisé le test statistique du Khi2, avec le logiciel Excel®.

Par facilité de lecture, le groupe ayant déclaré un accident domestique est dénommé « AD+ » et le groupe n'ayant pas déclaré d'accident domestique « AD- ».

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes au niveau de la situation familiale, du niveau d'étude, ainsi que de la formation aux gestes de premiers secours. L'origine personnelle ou professionnelle de la formation ne variait pas en fonction de la survenue d'un accident domestique ($p = 0,399$).

Le nombre d'enfant dans la fratrie était significativement plus important dans le groupe AD+ ($p = 0,0057$). L'âge des enfants à charge était plus élevé dans le groupe AD+ que dans le groupe AD- ($p = 0,0050$).

Les habitations étaient similaires, avec une majorité de familles vivant en maison. On notait une plus grande proportion de piscines dans le groupe ayant déclaré un accident domestique, de façon non significative ($p = 0,213$).

Dans la troisième partie du questionnaire, les réponses des parents ne variaient pas selon les groupes. Ils étaient 80 % à estimer que l'accident domestique était évitable dans le groupe AD+ et 78% dans l'autre groupe ($p = 0,215$).

L'accident domestique était une préoccupation stressante à 75% dans le groupe AD-, contre 65% dans l'autre groupe, de façon non significative ($p = 0,29$).

Les parents s'estimaient assez informés dans les deux groupes, à 69% dans le groupe AD+, 56% dans l'autre ($p = 0,261$). Dans ce dernier groupe, 34% estimaient n'avoir pas reçu suffisamment d'informations.

Dans les deux groupes, l'existence d'ateliers spécifiques à la prévention des accidents domestiques n'était majoritairement pas connue (65% dans le groupe AD+, 78% dans le groupe AD-). La survenue d'un accident domestique ne modifiait pas ce fait ($p = 0,208$).

74% du groupe AD+ et 78% du groupe AD- pensaient qu'une formation permettrait de mieux appréhender le risque, sans différence statistique entre les groupes ($p = 0,683$).

Ils en attendaient une meilleure gestion du risque, pour 39% dans le groupe AD+ et 46% dans le groupe AD-. Venaient ensuite une diminution du risque (31% AD+ et 30% AD-) puis des consignes à donner à leurs enfants (30% AD+ et 24% AD-).

Ils étaient respectivement dans les groupes AD+ et AD-, 63% et 69% à estimer que les campagnes menées par les pouvoirs publics étaient trop peu visibles.

Peu les jugeaient efficaces, 3% pour le groupe AD+ et 9% pour le groupe AD-. 8% du groupe AD+ et 3% du groupe AD- les trouvaient inefficaces.

Elles restaient nécessaires pour 26% du groupe AD+ et 20% du groupe AD-.

77% du groupe AD+ déclaraient avoir réalisé des aménagements au domicile, contre 72% dans le groupe AD- ; sans différence significative ($p = 0,54$).

Une plus grande proportion (47,73%) du groupe AD+ avait donné des consignes aux enfants, contre 28,13% dans le groupe AD-.

| | ACCIDENT DOMESTIQUE DÉCLARÉ | PAS D'ACCIDENT DOMESTIQUE DÉCLARÉ | Puissance |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| POPULATION | | | ($\alpha = 0,05$) |
| Femmes | 74 | 18 | |
| Hommes | 14 | 4 | |
| AGE MOYEN | | | |
| Femmes | 35,44 | 35 | |
| Hommes | 37,05 | 37,74 | |
| SITUATION FAMILIALE | | | |
| Couple | 73 (82%) | 15 (84%) | $p = 0,853$ |
| Célibataire | 15 (18%) | 5 (16%) | |
| NIVEAU ETUDE MOYEN | | | |
| Femmes | BAC +3/+5 | BAC +3/+5 | |
| Hommes | BAC / BAC +2 | BAC / BAC +2 | |
| FORMATION GPS | | | |
| PSC1 | 33 (37%) | 15 (47%) | $p = 0,798$ |
| Autre | 22 (25%) | 2 (6%) | |
| Non | 34 (38%) | 15 (47%) | |
| ENFANT A CHARGE | | | |
| 1 | 21 (23,86%) | 17 (53,13%) | $p = 0,0057$ |
| 2 | 52 (59,09%) | 8 (25%) | |
| 3 | 11 (12,50%) | 6 (18,75%) | |
| 4 | 4 (4,55%) | 1 (3,13%) | |
| AGE ENFANTS | | | |
| < ou = 2 ans | 16 (10,39%) | 14 (30,43%) | $p = 0,005$ |
| 2 - 6 ans | 67 (43,51%) | 18 (39,13%) | |
| 7 - 10 ans | 52 (33,77%) | 8 (17,39%) | |
| > 11 ans | 19 (12,34%) | 6 (13,04%) | |

| HABITATION | | | |
|---------------------------|----------|----------|-------------|
| Maison | 70 (80%) | 26 (81%) | |
| Appartement | 18 (20%) | 6 (19%) | |
| rdc | 2 (11%) | 0 (0%) | |
| étage élevé | 16 (89%) | 6 (100%) | |
| CHAUFFAGE | | | |
| Gaz | 59 (64%) | 26 (79%) | |
| Électricité | 29 (32%) | 5 (15%) | |
| Fioul | 1 (1%) | 1 (3%) | |
| Autre | 3 (3%) | 1 (3%) | |
| FACTEURS DE RISQUE | | | |
| Cheminée | 10 (9%) | 2 (6%) | |
| Poêle | 12 (11%) | 4 (13%) | $p = 0,405$ |
| Insert | 4 (4%) | 1 (3%) | |
| Extérieur | 71 (67%) | 24 (75%) | $p = 0,498$ |
| Piscine | 9 (8%) | 1 (3%) | $p = 0,213$ |
| Animaux | 52 (59%) | 21 (66%) | $p = 0,517$ |

Tableau 1 – Comparaison des groupes AD+/AD- (suite)

| PRÉVENTION/ FORMATION | | | |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| L'accident domestique | | | |
| Évitable | 70 (80%) | 25 (78%) | $p = 0,215$ |
| Inévitable | 18 (20%) | 7 (22%) | |
| Préoccupation | 57 (65%) | 24 (75%) | $p = 0,29$ |
| Pas préoccupation | 31 (35%) | 8 (25%) | |
| Niveau d'information | | | |
| Aucun | 3 (3%) | 3 (9%) | |
| Pas assez | 24 (27%) | 11 (34%) | $p = 0,261$ |
| Suffisant | 61 (69%) | 18 (56%) | |
| Trop | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| Connaissances ateliers | | | |
| Oui + participation | 3 (3%) | 2 (6%) | |
| Oui – participation | 20 (23%) | 5 (16%) | $p = 0,208$ |
| Oui inutile | 8 (9%) | 0 (0%) | |
| Non | 57 (65%) | 25 (78%) | |
| Avis formation | | | |
| Oui | 65 (74%) | 25 (78%) | $p = 0,683$ |
| Non | 23 (26%) | 7 (22%) | |
| Réalisation formation | | | |
| Utile | 45 (51%) | 20 (63%) | |
| Inutile | 4 (5%) | 1 (3%) | $p = 0,54$ |
| Pourquoi pas | 39 (44%) | 11 (34%) | |
| Attentes | | | |
| Diminution risque | 48 (31%) | 14 (30%) | |
| Meilleure gestion | 60 (39%) | 21 (46%) | |
| Consignes | 46 (30%) | 11 (24%) | |
| Avis Campagnes | | | |
| Efficaces | 3 (3%) | 3 (9%) | |
| Inefficaces | 8 (8%) | 1 (3%) | |
| Peu visibles | 67 (63%) | 24 (69%) | |
| Nécessaires | 28 (26%) | 7 (20%) | |
| Aménagement | | | |
| Oui | 68 (77%) | 23 (72%) | $p = 0,541$ |
| Non | 20 (23%) | 9 (28%) | |
| Consignes enfant | | | |
| Oui | 42 (47,73%) | 9 (28,13%) | |
| Non | 20 (22,73%) | 6 (18,75%) | |
| NC | 26 (29,55%) | 17 (53,13%) | |

Tableau 2 – Comparaison des groupes AD+/AD- (suite)

VI. DISCUSSION

1. Validité de l'étude

1.1 Points forts

Nous avons choisi d'aborder les accidents domestiques de l'enfant sur le volet préventif plutôt qu'épidémiologique, ce qui reste peu fréquent dans les études.

L'intérêt des parents pour une formation dédiée au risque domestique n'a pas été étudiée jusqu'à présent, or ils sont les garants de la sécurité de leur(s) enfant(s). Leur implication dans les projets de prévention fait partie d'une stratégie active de prévention, qui pourrait permettre une diminution de la morbi-mortalité.

En 2015, une thèse réalisée à la Faculté d'Amiens proposait un « Programme expérimental d'éducation à la sécurité domestique » (40) développé pour les assistantes maternelles. Ce programme associait une évaluation des pratiques des assistantes maternelles à la simulation en santé. A 3 mois de la formation étaient évaluées les modifications éventuelles sur leur pratique quotidienne.

La distribution du questionnaire dans un cabinet de médecine générale a permis d'avoir une population la plus hétérogène possible.

Le questionnaire est un moyen simple, facilement reproductible et efficace de collecter des données. La présence d'un médecin pendant le remplissage du questionnaire a évité d'avoir trop peu de réponses, ou trop de réponses incomplètes. Il permettait également de préciser certaines questions.

Le taux de réponse était de 66%, soit un taux de participation satisfaisant.

1.2 Points faibles

La représentation de l'accident domestique varie selon chaque parent, son histoire personnelle et ses convictions. Ainsi, des cas d'accidents ont pu être omis car considérés à tort comme un évènement de vie, d'apprentissage. Cette sous-estimation peut être liée à une méconnaissance du développement psychomoteur de

l'enfant. Dans l'étude d'Attitude Prévention de novembre 2018 (17), 28% des parents ayant déjà eu un comportement à risque en présence de leur enfant estimaient que l'enfant était conscient du danger.

Le défaut de surveillance, un comportement inadapté des parents sont deux des quatre circonstances retrouvées dans l'analyse des accidents des enfants de moins d'un an (25).

Il était préférable de faire remplir le questionnaire aux parents pendant une consultation. Les questionnaires laissés à disposition dans la salle d'attente des urgences ont pour la plupart été mal remplis, et nous n'avons récupéré que peu de questionnaires au final.

Le questionnaire en lui-même était parfois assez vague, avec des questions qu'il a fallu expliquer aux parents. La question sur l'utilité d'une formation aux gestes de premiers secours permettait un effet de fuite qui a modifié l'analyse des données. Avec ce mode de recueil, il existait un risque de manque de fiabilité des réponses, comme l'évoquait une étude réalisée au CHRU de Lille en 2010 (26).

Le fait que le médecin le propose en consultation a pu occasionner un biais dans le recrutement de la population.

2. Données sociodémographiques

Sur le plan démographique, notre échantillon de population était représentatif au niveau national (41), avec un couple « traditionnel » marié, avec deux enfants. 58% des enfants de notre étude étaient âgés de moins de 6 ans, correspondant à la période la plus à risque d'accident domestique.

L'âge moyen des mères de 35 ans correspondait au taux de fécondité de l'Insee (42) pour l'année 2018. Au niveau régional, la part des familles avec 1 ou 2 enfants était la plus élevée, ce qui correspond également à nos résultats.

La proportion de mère ayant répondu au questionnaire est importante. Elle est sans doute le résultat d'un biais de sélection, liée au lieu d'étude. Les femmes consultent un médecin plus souvent que les hommes, il est logique qu'elles soient surreprésentées dans notre étude (43). Si on compare notre étude à celle réalisée par Opinion Way pour Attitude Prévention (17), la proportion de femmes est de 54%, mais le recrutement se faisait par internet.

Les niveaux d'étude décrits ne correspondent pas aux données démographiques retrouvées sur l'Insee. Ils sont supérieurs à la moyenne nationale (41). Les mères avaient également un niveau d'étude plus élevé que leur mari. Cela peut être la résultante de plusieurs facteurs : difficultés d'accès aux soins pour les revenus modestes, manque d'implication, biais de recrutement des médecins.

La majorité des parents vivait en maison et 20% en appartement, en étage élevé. Ce qui expose les enfants au risque de chute, majoritairement retrouvé, et très peu au risque de défenestration.

61% des parents possédaient un ou plusieurs animaux, et le mode de chauffage principal était au gaz. 7% des parents déclaraient posséder une piscine. Ces données pouvaient être intégrés dans les facteurs de risque exogènes (2) liés à l'environnement de l'enfant.

3. Rapport au risque domestique

L'accident de la vie courante était une préoccupation pour 68% des parents interrogés. C'est en dessous des 75% recensés par l'INPES dans son enquête de 2007 (44). Les parents n'ayant pas déclaré d'accident domestique se sentaient préoccupés à 75%. Ce chiffre était plus bas dans le bras AD+, où seuls 65% des parents considéraient l'accident domestique comme une préoccupation.

La différence n'était pas significative entre les deux populations, il faudrait un échantillon plus important pour éventuellement faire une corrélation entre la survenue d'un accident et la préoccupation des parents face à l'accident domestique.

Le risque de la survenue d'un accident domestique était évitable pour 79% des parents, et un peu plus élevé (80%) dans le groupe de parents ayant déclaré un accident. Il est donc probant d'agir sur la prévention de l'accident.

Les 3 piliers indispensables à une prévention efficace des accidents domestiques sont la mise en sécurité du domicile, la surveillance et l'éducation (40). La mise en sécurité du domicile, par des aménagements spécifiques, était réalisée à 76% dans notre étude, ce qui montre que les parents sont conscients du danger potentiel que représente le domicile. Il serait intéressant d'étudier quels types d'aménagements ont été réalisés, si leur installation était postérieure à un accident, et si les aménagements sont fonctionnels. Nous avons vu plus haut, dans le cadre de chutes de chaise haute ou dans les escaliers, que les aménagements étaient présents mais non fonctionnels pour une large majorité (26).

La surveillance et l'éducation font également souvent défaut. Dans une étude réalisée aux urgences pédiatriques du CHU d'Amiens, 60% des parents se trouvaient dans la même pièce que leur enfant lors de la survenue de l'accident (40).

Dans l'étude Opinion Way pour Attitude Prévention de novembre 2018, les parents avouaient avoir eu un comportement à risque devant leur enfant à 89% (17). Ils citaient l'absence de danger perçu comme principale raison à ces comportements, sous-estimant les aptitudes motrices de leur(s) enfant(s) et leur degré de curiosité.

Il est donc légitime de proposer une formation sur le risque domestique aux parents, pour diminuer leur risque de survenue, mais aussi leur enseigner les gestes à réaliser en cas de survenue d'un accident.

A noter que 43% des parents avaient donné des consignes à leur(s) enfant(s). Ils étaient 98% dans l'étude d'Attitude Prévention.

Dans notre étude, nous retrouvons un taux de 0,87 accident par enfant. Ce taux est peu significatif et il n'existe pas dans la littérature de taux d'accidentalité. Il aurait fallu pouvoir décrire pour chaque enfant, le type de l'accident et la lésion, puis sa prise en charge.

Les types d'accidents observés étaient similaires à ceux retrouvés dans la littérature (5) avec principalement les chutes. Nous avons en deuxième position les écrasement/coupures. Les brûlures, qui ne sont pas notifiées dans l'EPAC 2013, arrivaient en troisième position, puis les corps étrangers, à 6% (contre 5,9% dans l'EPAC 2013).

Nous retrouvions, en dehors des brûlures, le même ordre statistique que les études épidémiologiques. Les lésions observées dans notre étude correspondaient également en ordre de fréquence, avec les plaies et commotions, suivies des brûlures, puis des traumatismes osseux (fractures et entorses).

Plusieurs systèmes de surveillance épidémiologiques existent en France, outre l'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie courante (EPAC). En 2009, une étude de faisabilité (45) sur 3 régions, dont la région NPDC, appelée MAC-15 et dirigée par l'InVS, cherchait à mieux définir les circonstances de survenue d'un accident de la vie courante chez les moins de 15 ans, comme c'est le cas pour les accidents de la route.

Suite aux conclusions de MAC-15 a été lancé l'étude ADT, une surveillance épidémiologique avec la description précise des circonstances de survenue du décès, comme cela est déjà pratiqué au Royaume-Uni et au Canada. A terme, l'objectif est de construire une échelle de mesure de l'évitabilité applicable du décès.

Les résultats recueillis sur la prise en charge immédiate ne sont pas très exploitables. Les parents de plusieurs enfants, ou d'un enfant casse-cou, ont répondu parfois pour plusieurs accidents domestiques différents dont la prise en charge variait. On constate néanmoins une forte propension à consulter les urgences puisque 46,72% des parents déclaraient s'y être rendus.

En se basant toujours sur les résultats de l'EPAC 2013 (5), il est possible, en partie, que cette proportion soit liée aux « heures de pointe » accidentelles, plutôt en fin de journée et plutôt les week-ends ; c'est-à-dire lorsque les cabinets de médecine libérale sont fermés. Il pourrait être intéressant d'étudier les raisons qui motivent la consultation en urgence. Cela pourrait permettre de faire le distinguo entre la consultation urgente « de facilité » et la consultation liée à l'activité libérale

(consultations sur rendez-vous, indisponibilité, horaires de fermeture des cabinets médicaux etc...).

L'évolution de la médecine de ville peut être une explication à ce phénomène. Compte-tenu des agendas chargés, et de la baisse d'actes techniques, les parents se rendent plus facilement aux urgences.

Nous pouvons également remarquer une grande disparité dans les prises en charge, liée à la grande disparité elle-même des accidents domestiques. Dans notre étude, 30% des cas n'ont nécessité qu'une surveillance, et 58% des soins locaux. Il a eu peu de cas « graves » mais 2 enfants ont dû être transférés sur le CHRU de Lille pour une prise en charge spécialisée, pour un corps étranger bronchique et pour une brûlure grave.

4. Information

66% des personnes ayant répondu au questionnaire déclaraient être suffisamment informés sur les accidents domestiques. Il existait une légère différence dans le groupe ayant déclaré un accident domestique, où 69% des parents se sentaient suffisamment informés contre 56% dans le groupe n'en ayant pas déclaré. Il est possible que le fait d'avoir été exposé à un accident domestique majore le degré d'information, les parents ont pu recevoir des consignes de surveillance par les urgences ou le médecin traitant, suite à un accident.

68% ignoraient l'existence de formations dédiées spécifiques à la prévention des accidents domestiques, ce qui paraît contradictoire avec le degré d'information déclaré.

65% des parents estimaient que les campagnes de prévention étaient peu visibles, seuls un quart d'entre eux pensaient qu'elles étaient nécessaires. Dans le rapport de l'INPES, ils étaient un tiers à avoir déjà vu au moins un des supports proposés. Comme nous l'avons vu plus haut, les campagnes de prévention sont mises en place dans une certaine indifférence du public concerné (8), ce qui explique le peu d'impact déclaré dans notre étude.

5. Sur l'intérêt d'une formation parentale au risque domestique

79% de notre échantillon estimaient que l'accident domestique était évitable, et 68% qu'il était une préoccupation quotidienne. Cela montre que la notion d'accident domestique est bien intégrée dans les familles. D'ailleurs, 76% ont déclaré avoir réalisé des aménagements de leur domicile pour éviter les accidents domestiques. Il serait intéressant de savoir de quels types d'aménagements il s'agit, s'ils ont été mis en place avant ou après un accident, s'ils sont fonctionnels réellement. Dans l'étude du CHRU de Lille (26) sur les chutes dans les escaliers, les barrières de sécurité étaient souvent présentes mais non fonctionnelles.

Réaliser une formation spécifique intéressait 75% de la population étudiée, avec des attentes principalement sur la gestion de l'accident (39%). La diminution du risque et les consignes à donner aux enfants arrivaient ensuite, dans des proportions similaires (30 et 32% respectivement). La survenue d'un accident domestique ne modifiait ni ces attentes, ni l'intérêt pour une formation. Ces résultats sont étonnants entre des parents montrant un fort intérêt pour une formation, sur un risque évitable. Nous nous étions attendus à ce que la survenue d'un accident domestique entraîne une plus grande attente dans la prévention du risque.

6. Proposition d'une formation

En plus des mesures législatives, éducatives ou environnementales, sur lesquelles nous n'avons pas de possibilité d'action, une intervention auprès des parents à échelle locale serait réalisable.

Nous avons vu que plusieurs projets ont été déjà menés, avec succès, auprès des assistantes maternelles notamment (40). Une autre étude portant sur l'efficacité d'une trousse de prévention des accidents domestiques dans les Hauts-de-Seine (31) a également conclu que les actions de prévention à domicile sont une bonne opportunité pour aborder la sécurité domestique. Ces études s'inspirent des programmes de « *safe community* » (46) organisés par l'OMS.

Pour être efficace, une action de prévention des accidents domestiques chez les enfants doit réunir plusieurs paramètres (31):

- L'action doit se dérouler au domicile
- Les kits ou objets pédagogiques doivent être remis gratuitement et faciles à utiliser
- Les familles doivent pouvoir être aidées à installer les dispositifs
- Il faut assurer un suivi de l'intervention

En 2015, une étude a été réalisée sur les interventions efficaces en prévention des accidents de la vie courante, par une synthèse de données de la littérature (30). Dans la prévention multi-accidents, les interventions jugées efficaces étaient des actions de prévention réalisées à domicile ou en centre de santé. La remise de brochures informatives et la distribution de matériel (ou de bons de réduction de matériel) étaient des gages d'amélioration des pratiques parentales et de sécurisation du domicile. Elles ciblaient notamment les familles dites vulnérables.

Le programme expérimental d'éducation à la sécurité domestique (40) utilisant la simulation en santé était à notre connaissance la seule étude de ce type à ce jour. L'avantage de la simulation en santé, déjà utilisée chez les professionnels de santé pour les gestes d'urgence, la formation à certains actes ou techniques, est qu'elle permet une immersion active, pour apprendre autrement.

Dans le département du Nord, le centre PRESAGE (47) permet depuis plusieurs années de former les professions médicales et paramédicales à certains gestes techniques.

Nous pourrions imaginer, dans un futur plus ou moins proche, démocratiser ce type d'infrastructures pour développer des programmes de prévention des accidents domestiques dans la population générale. L'utilisation de casques de réalité virtuelles pourrait être un autre moyen de faire de la prévention.

Les programmes plus « classiques » se découpent en deux parties, théoriques avec un rappel des précautions élémentaires puis pratiques avec de plus en plus recours aux mannequins de simulation. Ils sont proposés par des structures privées.

Nous pouvons également citer un projet éducatif, tourné vers les enfants et organisé par la Fédération française de Prévention des Risques Domestiques (48). Il propose de former les enfants au secourisme et la prévention, autour d'un personnage « Bilou le casse-cou » (49).

Sur la base de ces différents projets, nous avons imaginé développer un projet local de formation parentale aux gestes de premiers secours.

Il aurait lieu pendant la grossesse, au même titre que les cours de préparation à l'accouchement.

Il nous faudrait travailler en collaboration avec les services de PMI, qui ont les données et infrastructures nécessaires au recrutement et une très bonne visibilité des parents.

Dans un premier temps, il s'adresserait aux familles dites vulnérables, puis pourrait être étendu à tous les parents ou futurs parents.

Il se développerait sur une journée, en petits groupes de 10 parents, dans un local dédié. La première partie concernerait les connaissances théoriques déjà acquises par les parents, via un questionnaire spécifique.

La deuxième partie serait divisée en ateliers pratiques, avec des exercices de mises en situation pratique (à l'aide de mannequins) et formation aux gestes de premiers secours, suivi d'un débriefing.

Enfin, nous remettrions aux parents un kit de prévention contenant du matériel, un livret sur les risques et les gestes à réaliser en cas d'accident, selon le type.

Les visites réalisées par la PMI à la naissance de l'enfant pourraient servir de visite de suivi, et l'occasion de rappeler quelques consignes si besoin.

Une étude de faisabilité sera nécessaire pour développer ce type de projet, notamment en termes de coût et de financement. Cela pourrait faire l'objet d'un autre travail.

VII. CONCLUSION

Les accidents domestiques sont un problème de santé publique, sous-estimés et difficiles à appréhender dans leur globalité.

Comptant parmi les départements les plus jeunes de France, le Nord est sensiblement plus touché par ce phénomène.

Leur prévention passe par une amélioration des connaissances des causes d'accidents mais aussi et surtout par une implication des parents, aidée par des mesures législatives fortes.

Les actions de préventions classiques sont peu visibles et ne semblent pas avoir d'impact important sur le comportement des parents.

La généralisation de l'apprentissage des gestes de premiers secours, couplée à des actions de prévention actives impliquant les parents, si possible à domicile, semble être une piste sérieuse pour faire baisser la morbi-mortalité de l'accident domestique.

Les parents sont sensibilisés au risque domestique et sont en forte demande de formation. Nous proposons, dans cette étude, un modèle théorique qui s'appuierait sur le réseau de PMI, avec une prise en charge financière à évaluer, afin de généraliser ces pratiques à tous les parents.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Quelques chiffres [Internet]. Le portail des ministères économiques et financiers. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/Securite/Accident-de-la-vie-courante/Quelques-chiffres>
2. Tursz A, Felix M. Facteurs de risque et circonstances de survenue des accidents. In: Les Accidents Domestiques de l'enfant : un problème majeur de santé publique. Syros Alternatives; 1991. p. 97-103.
3. Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2012. Bull Epidemiol Hebd. 2017.
4. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. p188-189. Saint-Maurice : DREES, Santé publique France; 2017. 436p.
5. Résultats 2013 de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Réseau EPAC. Santé Publique France, janvier 2015.
6. Taux de natalité, âge moyen de la mère à la naissance en 2018 et nombre de naissances en 2017 | Insee [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012761#tableau-TCRD_053_tab1_departements
7. Coeugnart-Vanhoucke J. Accident de la vie courante : étude épidémiologique réalisée aux urgences pédiatriques du CHRU de Lille. Lille 2; 2011.
8. Felix M, Tursz A. Les accidents domestiques de l'enfant : Un problème majeur de santé publique. Syros Alternatives;
9. Bled J, Sznajder M, Chevallier B. Pourquoi estimer le coût des accidents domestiques de l'enfant ?
10. Agence Régionale de Santé Hauts de France : Schéma régional d'organisation des soins du Nord Pas-de-Calais pour 2012 - 2017 [Internet]. [cité 21 oct 2017]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/SROS_NPDC_corps_juillet_2014.pdf
11. Agence Régionale de Santé Hauts de France : Schéma Régional d'Organisation des Soins Schéma régional d'organisation des soins du Nord Pas-de-Calais pour 2012 - 2016, volets médicaux Tome 1. p25 [Internet]. [cité 21 oct 2017]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/SROS_tome_1_NPDC_volets_medicaux_juillet2014.pdf
12. Croix-Rouge - OpinionWay : « Les gestes qui sauvent adaptés aux accidents de la route ». Septembre 2013.
13. Croix-Rouge Française. 27% des français formés aux premiers secours [Internet]. Croix-Rouge française. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.croix-rouge.fr/Actualite/27-des-francais-formes-aux-premiers-secours-322>

14. Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge; Département Santé et Assistance aux Personnes : « Premiers Secours : pour une Europe plus sûre. État des lieux et recommandations ». Septembre 2009.
15. Rapport de la mission de préfiguration sur la généralisation au plus grand nombre de nos concitoyens, de la formation aux gestes qui sauvent, conduite par Patrick Pelloux et Eric Faure. Rapport remis à Juliette MEADEL, Secrétaire d'Etat chargée de l'Aide aux victimes, le 20 avril 2017 [Internet]. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: http://www.pompiers.fr/sites/default/files/publications/file/rapport-gqs-2017_1.pdf
16. Prévention et Secours Civiques de niveau 1 [Internet]. Disponible sur: <http://www.protectionciviledunord.fr/formation/formations-pour-les-particuliers/psc1>
17. Accidents de la vie courante : 9 parents sur 10 ont déjà eu un comportement à risque en présence de leurs enfants [Internet]. Attitude Prévention. 2018. Disponible sur: <https://www.attitude-prevention.fr/donnees-chiffrees/etude-comportement-risque-parents-accidents-vie-courante>
18. European Child Safety Alliance. Child Safety Report Cards Europe [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.childsafetyeurope.org/publications/info/child-safety-report-cards-europe-summary-2012.pdf>
19. Wettergren B, Blennow M, Hjern A, Söder O, Ludvigsson JF. Child Health Systems in Sweden. J Pediatr. oct 2016;177:S187-202.
20. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé. Arch Pédiatrie. août 2007;14(8):1011-9.
21. Rogmans W. Les accidents domestiques et de loisirs des jeunes de moins de 25 ans dans l'Union Européenne : défis pour demain. :16.
22. Santé / Prévention - Définition du concept de « Prévention en Santé Publique » | AP-HM [Internet]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>
23. Promotion de la Santé - Charte d'OTTAWA. :6.
24. Votre enfant a moins de 6 ans [Internet]. Disponible sur: https://lenord.fr/jcms/prd2_478978/votre-enfant-a-moins-de-6-ans
25. Chevallier B, Benoist G, Sznajder M. Accidents de la vie courante de la première année de la vie Stratégies de prévention. Arch Pediatr. 2014;(5):275.
26. Hue V, Coeugnart-Vanhoucke J, Dubos V, Pruvost I, Martinot A. Accidents de la vie courante observés aux urgences : absence ou échec des moyens de prévention ? Arch Pediatr. 1 août 2011;2011(18):1227-8.
27. 60 Millions de Consommateurs. Hamac Rock'n Play Fisher Price [Internet]. 60 Millions de Consommateurs. Disponible sur: <https://www.60millions-mag.com/2019/04/15/hamac-rock-n-play-fisher-price-12915>

28. Lieber C. People buy millions of unsafe products every year. Here's why recalls are harder than they should be. [Internet]. Vox. Disponible sur: <https://www.vox.com/the-goods/2019/4/26/18514212/product-recall-explainer-fisher-price-britax-ikea>
29. Hue V, Pruvost I, Dubos V, Martinot A. Accidents de la vie courante : prévention passive ou active ? Arch Pediatr. 2010(17):709-10.
30. Nguyen Thanh V, Clément J, Thélot B, Richard JB, Lamboy B, Arwidson P. Les interventions efficaces en prévention des accidents de la vie courante chez les enfants : une synthèse de littérature.
31. Sznajder M, Janvrin MP, Albonico V, Bonnin MH, Baudier F, Chevallier B. Evaluation de l'efficacité de la remise d'une trousse de prévention des accidents domestiques de jeunes enfants : essai d'intervention dans quatre communes des Hauts-de-Seine (France). Arch Pediatr. 2003;10:510-6.
32. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
33. Bantuelle M. La place du médecin généraliste dans la prévention des accidents domestiques chez les jeunes enfants [Internet]. Education Santé. Disponible sur: <http://educationsante.be/article/la-place-du-medecin-generaliste-dans-la-prevention-des-accidents-domestiques-chez-les-jeunes-enfants/>
34. Europrev | European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice [Internet]. Disponible sur: <https://europrev.woncaeurope.org/>
35. La maison Géante une animation ludo-pédagogique Alep prévention [Internet]. Disponible sur: <http://www.lamaisongeante.fr/>
36. Lagarde E, Orriols L, Contrand B, Dupuy M. L'Observatoire MAVIE : un observatoire de population pour lutter contre les accidents de la vie courante – France. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. sept 2014;62:S201.
37. J'apprends à nager [Internet]. sports.gouv.fr. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/pratique-securite/japprends-a-nager/article/J-apprends-a-nager>
38. IPSEN - Suivre une formation d'Initiation premiers secours enfants-nourrissons à Valenciennes dans le Nord Pas-de-Calais [Internet]. SCFPS. Disponible sur: <https://www.scfps.fr/formations/ipsen/>
39. Onnaing: Une cuisine géante pour sensibiliser aux accidents domestiques [Internet]. Disponible sur: <https://www.lavoixdunord.fr/497615/article/2018-11-29/une-cuisine-geante-pour-sensibiliser-aux-accidents-domestiques>
40. Magali P-S. Programme expérimental d'éducation à la sécurité domestique : De la conception à l'évaluation. :114.
41. Fiches thématiques - Familles avec enfants - Couples et familles - Insee Références - Édition 2015 – Couples et familles | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017516?sommaire=2017528>

42. Fécondité – Bilan démographique 2018 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926>
43. Égalité femmes - hommes en matière de santé et de recours aux soins | Cairn.info [Internet]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-regards-2016-2-page-35.htm>
44. Girard D. Évaluation de la campagne de prévention des accidents par défenestration et intoxications accidentelles chez les jeunes enfants. :20.
45. Thélot B, Lasbeur L. Synthèse des accidents de la vie quotidiennes. 2015.
46. International Safe Community Certifying Centre [Internet]. Disponible sur: <https://isccc.global/>
47. PRESAGE, centre de simulation en santé à Lille [Internet]. Disponible sur: <http://presage.univ-lille2.fr/presentation.html>
48. Fédération Française de Prévention des Risques Domestiques, [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: /
49. Bilou Le Casse Cou - Secourisme et Prévention [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.biloulecassecou.fr/>

IX. ANNEXES

1. Questionnaire

LES ACCIDENTS DOMESTIQUES ET VOUS ...

Je m'appelle Alice MARGUERITE, et je suis en année de thèse à la faculté de médecine de Lille 2.
Ma thèse d'exercice porte sur les accidents domestiques de l'enfant et leur prévention.
Dans ce cadre, ce questionnaire cherche à recueillir vos témoignages et expériences vécues dans ce domaine afin de discuter de l'intérêt d'une formation dédiée. Tous les questionnaires resteront anonymes. Je vous remercie d'avance d'y participer.

MERCI DE REpondre A TOUTES LES QUESTIONS

Renseignements Administratifs :

Ce questionnaire est essentiel afin de cerner la population étudiée dans mon étude, merci de le remplir de la façon la plus authentique possible, sachez qu'aucune information ne mettra en cause votre anonymat.

1. Etes-vous : la maman le papa
2. Quel âge avez-vous ? : _____ Quel âge a votre conjoint(e) ? : _____
3. Quelle est votre situation maritale ? : Célibataire Marié(e) Union libre Pacsé(e) Divorcé(e)
4. Quelle est votre profession/ niveau d'étude ? :
5. Quelle est la profession / niveau d'étude de votre conjoint :
6. Avez-vous reçu une formation aux gestes de premiers secours ? :
 Oui, le PSC1 Oui, autre Non
 Par le biais de ma profession Volonté personnelle
7. Combien d'enfants avez-vous ? :
8. Quel âge ont-ils ? :
9. Vous habitez : une maison un appartement (si oui, à quel étage :))
10. Quel est votre type de chauffage ? :
 Gaz Électricité Fioul Autre :
11. Votre habitation possède-t-elle :
 Une cheminée un poêle un insert un extérieur (terrasse, cour, jardin) une piscine
12. Avez-vous des animaux domestiques ? Oui Non
13. Si oui, lesquels ? Chien Chat Autre :

1^{ère} partie : votre expérience personnelle sur les Accidents Domestiques :

- Avez-vous déjà été confronté(e) à un (ou des) accident(s) domestique(s) avec votre enfant ?
 Oui Non

Si vous avez répondu "Non", passez directement à la deuxième partie du questionnaire.

- Si oui de quel type ?
 Chute Corps étranger Noyade
 Brûlure Intoxication Morsure
 Ecrasement, coupure, plaie Asphyxie Autre (préciser) :
- Quel(s) type(s) de lésions ont été observé(s) ?
 Plaie Fracture Autre (préciser) :
- Commotion, contusion Brûlure
- Entorse Arrêt cardio respiratoire

- Dans le cadre de cet accident, votre enfant a-t-il été vu :

| | |
|--|--------------------------------|
| Par votre médecin de ville (généraliste ou pédiatre) | Aux urgences |
| Par personne, vous l'avez pris en charge vous-même | Par un médecin de SOS Médecins |

- Quelle a été la suite de la prise en charge ?

| | |
|--|---------------------------------|
| Soins locaux par vous-même (pansements, bandage ...) | Hospitalisation |
| Surveillance simple | Chirurgie |
| Retour à domicile avec soins | Transfert dans un autre hôpital |

2^{ème} partie : Prévention et Formation :

- Pour vous, l'accident domestique est : Evitable dans la plupart des cas Inévitable

- Pour vous, l'accident domestique :
 - Est une préoccupation du quotidien, stressante
 - N'est pas une préoccupation particulière

- Sur les accidents domestiques, pensez-vous avoir reçu : aucune / pas assez / suffisamment / Trop d'informations ?

- Savez-vous qu'il existe des ateliers de prévention des accidents domestiques, proposés par des structures privées ?
 - Oui, j'y ai déjà participé
 - Oui, mais je n'y ai pas encore participé
 - Oui, mais je n'en vois pas l'utilité
 - Non

- A votre avis, est-ce qu'une formation sur la prévention des accidents domestiques et les gestes d'urgence vous permettrait de mieux appréhender ce risque ? Oui Non

- Pensez-vous qu'il faudrait réaliser une formation, théorique et pratique, dédiée à la prévention des accidents domestiques (pendant la grossesse par exemple) ?
 - Cela serait utile
 - Cela serait inutile
 - Pourquoi pas

- Qu'en attendriez vous ?
 - Une diminution du risque d'accident
 - Une meilleure gestion de l'accident
 - Des consignes à donner à vos enfants

- Que pensez-vous des différentes campagnes de prévention mises en place par les pouvoirs publics ?
 - Elles sont efficaces
 - Elles sont trop peu visibles
 - Elles sont inefficaces
 - Elles sont nécessaires

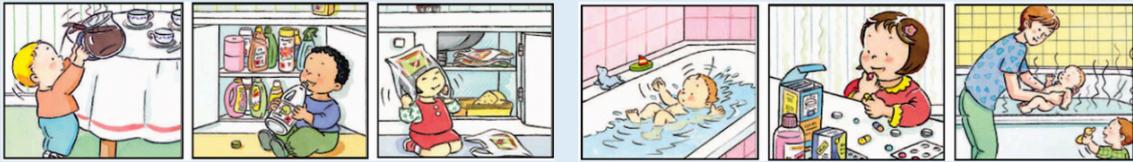
- Avez-vous réalisé des aménagements de votre domicile en prévention des accidents domestiques ?
 - Oui Non

- Connaissez-vous les numéros nationaux d'urgence ? (*Noter les numéros sur le questionnaire*)
 - Police :
 - SAMU :
 - Pompiers :
 - Numéro d'urgence européen :

- Avez-vous donné à vos enfants des consignes en cas d'urgence (gestes de premier secours, numéros d'urgence) ?
 - Oui Non Non concerné (Enfants de moins de 5 ans)

Merci pour votre participation, n'hésitez pas à donner ce questionnaire au médecin lors de votre consultation !

2. Affiches



LES ACCIDENTS DOMESTIQUES DE L'ENFANT

INÉVITABLES ?

OU BANALISÉS ?



Je réalise une étude sur les accidents domestiques de l'enfant de moins de 10 ans, pour recueillir vos témoignages et expériences dans ce domaine. Vous pouvez profiter de votre temps d'attente aux urgences pour remplir le questionnaire qui se trouve sous cette affiche. Votre aide me sera très précieuse.

Merci d'avance,

Alice MARGUERITE (médecin généraliste)

LES ACCIDENTS DOMESTIQUES DE L'ENFANT



« Qu'est-ce que je vais bien



pouvoir faire aujourd'hui ??? »



Les accidents domestiques représentent la première cause d'accident de l'enfant et entraînent un nombre important de consultations aux urgences. Je réalise une étude sur les accidents domestiques de l'enfant de moins de 10 ans, pour recueillir vos témoignages et expériences dans ce domaine. Vous pouvez profiter de votre temps d'attente aux urgences pour remplir le questionnaire qui se trouve sous cette affiche. Votre aide me sera très précieuse.

Merci d'avance,

Alice MARGUERITE (médecin généraliste)

3. Proposition de formation

| <i>Atelier théorique de formation aux gestes de premiers secours en cas d'accident domestique</i> | |
|--|--|
| MATIN | |
| 9h-10 | Présentation du programme Questionnaire |
| 10h15-12h | Table ronde / Rappels généraux sur les AD |
| APRES MIDI | |
| 14h-16h | Ateliers pratiques et gestes de premiers secours : <ul style="list-style-type: none"> - Plaies & Brûlures - Traumatismes crâniens - Fractures / Entorses - Corps étranger / asphyxie - Intoxications - Noyade - Arrêt cardio-respiratoire |
| 16h-16h30 | Débriefing Remise de la mallette |

AUTEUR : Nom : MARGUERITTE

Prénom : Alice

Date de Soutenance : 06 juin 2019

Titre de la Thèse : Prévention des accidents domestiques de l'enfant : intérêt des parents à une formation aux gestes de premiers secours.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Accidents domestiques – Prévention – Formation

Résumé :

Introduction : Les accidents domestiques de l'enfant sont un problème sous-estimé de santé publique, dont la mortalité stagne depuis plusieurs années en France, en comparaison d'autres pays européens. La prévention de ces accidents repose sur une stratégie réglementaire, informative et éducative. La généralisation de l'apprentissage des gestes de premiers secours pourrait permettre une baisse de la mortalité, qui a atteint un plateau ces dix dernières années.

Les parents sont au cœur du dispositif de prévention et de plus en plus impliqués de façon active dans les plans de prévention. Nous avons voulu, avec ce travail, évaluer l'intérêt des parents d'enfants de moins de 10 ans, à une formation aux gestes de premier secours spécifique aux accidents domestiques. Les objectifs secondaires étaient de connaître leur niveau d'information et de déterminer si la survenue d'un accident domestique modifiait leur comportement.

Méthode : Nous avons réalisé cette étude entre janvier et juin 2018 au sein d'un cabinet de médecine générale ainsi qu'aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Valenciennes. Les parents étaient interrogés à l'aide d'un questionnaire, distribué à l'occasion d'une consultation. Tous les parents d'enfant(s) de moins de 10 ans ont été inclus.

Résultats : Nous avons inclus 120 questionnaires. 75% des parents interrogés pensaient qu'une formation spécifique sur la prévention des accidents domestiques et les gestes d'urgence permettrait de mieux appréhender ce risque. Ils en attendaient surtout une meilleure gestion de l'accident, des conseils à donner à leur(s) enfant(s) et une diminution du risque d'accident. 66% des parents s'estimaient suffisamment informés sur le risque domestique. 73% des parents avaient déclaré avoir été confrontés à au moins un accident domestique, sans qu'il n'y ait d'impact significatif sur l'intérêt d'une formation.

Conclusion : Les parents sont sensibilisés au risque domestique et sont en forte demande de formation. Nous proposons, dans cette étude, un modèle théorique qui s'appuierait sur le réseau de PMI, avec une prise en charge financière à évaluer, afin de généraliser ces pratiques de prévention à tous les parents.

Composition du Jury :

Président : Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs : Professeur Stéphane LETEURTRE – Docteur Sabine BAYEN – Docteur Jacques GREBERT (directeur de thèse)