Santé publique 2011, volume 23, n° 3, pp. 183-193

bias) apparaissent dans ce cas, dès deux mois, d'autant plus importants que la période sur laquelle porte la question est longue. Ils sont variables selon la gravité de l'accident, le statut social ou l'âge du répondant [6-9]. Les traitements effectués ont négligé ces biais de mémoire, qui restent faibles jusqu'à 3 mois et n'ont donc pas affecté les calculs de taux d'incidence trimestriels.

Les enfants ont été interrogés à des dates variables entre septembre 2004 et juin 2005, jamais pendant les mois d'été, et davantage entre avril et juin que lors des autres périodes. Or la survenue des accidents présente une certaine saisonnalité [2]. Les taux d'incidence trimestriels ont ainsi pu être biaisés, dans des proportions difficiles à chiffrer compte tenu de l'hétérogénéité des dates d'interrogation des enfants.

L'enquête a été réalisée sur la population des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005, qui appartiennent à différentes générations : 79,4 % des élèves ont eu 10 ans en 2004, 3,2 % étaient plus jeunes et 17,4 % plus âgés. Par ailleurs, une petite fraction des enfants échappe pour des raisons diverses (maladie, scolarisation familiale...) à la scolarisation par l'éducation nationale : probablement quelques milliers d'enfants [10], c'est-à-dire très peu comparé aux 800 000 enfants de chaque génération.

Les résultats de cette enquête viennent en complément de ceux fournis par d'autres enquêtes en population, de méthodes et d'objectifs un peu différents, en particulier l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac) [2], et l'enquête santé protection sociale (ESPS) 2004 [11], qui concernent tous les âges. Le Baromètre santé 2005 [12], qui interroge les 12-75 ans, ne permet pas de comparaisons.

L'enquête en milieu scolaire 2004-2005 a permis d'établir des taux d'incidence (TI) qui ne sont pas disponibles dans Epac : globalement 9,2 accidentés pour 100 enfants de CM2 par trimestre. L'ESPS ne fournit un TI que pour les 10-19 ans, qui est égal à 7,1 accidents pour 100 enfants par trimestre. Cela constitue un résultat cohérent avec celui de l'enquête en milieu scolaire, dans la mesure où les AcVC sont plus fréquents chez les 10-14 ans que chez les 15-19 ans [2], âge auquel les accidents de la circulation prennent le relais.

Dans plus de la moitié des cas (54 %), les AcVC sont survenus lors de « sport au sens large ». La répartition par sport des accidents de sport a montré une grande différence entre sexes. Ce résultat est partiellement retrouvé dans Epac sur les accidentés tous âges : plus d'hommes dans les sports collectifs, en athlétisme, vélo, sports nautiques et sports de raquettes, plus de femmes en équitation ; en revanche en CM2 il y avait davantage de filles que de garçons parmi les accidentés de ski, contrairement aux résultats Epac [13]. Les statistiques des Médecins de montagne retrouvent un sex ratio hommes/femmes des accidentés en montagne égal à 1,15, tous âges confondus, et à 1,02 chez les enfants [14]. Dans la présente enquête, les accidents de gymnastique/danse sont presque exclusivement féminins.

La proportion d'accidents survenus dans le cadre scolaire était similaire dans le cycle triennal et chez les 10-19 ans de l'ESPS (respectivement 31 et 29 %). Cette proportion était plus élevée pour le sous-ensemble des enfants passés aux urgences : 49 %, plus que chez les 11 ans de Epac : 20 %. Selon l'enquête, il est survenu 26 % d'accidents en moins en période de vacances

Santé publique 2011, volume 23, n° 3, pp. 183-193

qu'en période scolaire (RR = 0,74). Ce résultat doit être manié avec précaution, un accident en période scolaire n'étant un accident dans le cadre scolaire que dans 62 % des cas. Il n'y a pas de résultats du même type dans les autres enquêtes.

Le mécanisme principal de survenue d'un AcVC ayant conduit aux urgences était la chute, 59 %, suivie des chocs, 25 %, des écrasements, coupures et perforations, 9 %. Dans Epac, chez les 11 ans, les pourcentages correspondants étaient : chute 53 %, chocs 22 %, écrasement 4 %. Les filles étaient plus sujettes aux entorses et les garçons aux plaies. Ceci est cohérent avec les mécanismes d'accidents et les sports concernés : plus fréquemment des chocs et des sports collectifs chez les garçons, et plus fréquemment des chutes et des sports individuels chez les filles. La répartition des fractures, entorses et plaies était similaire pour les enfants de l'enquête scolaire passés aux urgences et ceux de Epac de 11 ans : respectivement 36 %, 39 %, 25 % et 38 %, 34 %, 28 %.

Bien que moins limitants (76 % de limitations dans les 48 heures pour les élèves du cycle triennal contre 81 % chez les 10-19 ans de l'ESPS), les AcVC du cycle triennal ont conduit plus souvent aux urgences : 60 % contre 52 %.

Toutes choses égales par ailleurs, les garçons étaient plus souvent victimes d'un AcVC en général, mais pas d'un AcVC grave. Dans l'ESPS 2004, chez les moins de 25 ans, le sexe masculin était facteur de risque d'AcVC grave, ainsi que d'accident de sport et de loisirs, mais pas d'accident domestique. Cet excès d'accident chez les garçons peut vraisemblablement provenir de leur plus grande activité : le niveau d'activité physique des garçons de 10 ans est significativement plus élevé que celui des filles [15], et de façon générale les garçons sont plus enclins à la prise de risque que les filles [16].

Le fait d'être d'une famille de 4 enfants ou plus était lié à la survenue plus fréquente d'un accident domestique grave. Un tel lien, entre famille de 4 enfants et plus et survenue plus fréquente d'accident, a déjà été mis en évidence pour les accidents de la circulation [17]. Ces résultats peuvent être liés à une meilleure protection exercée par les parents lorsque le nombre d'enfants est moins élevé. Par ailleurs, dans l'enquête du cycle triennal, le sport est apparu comme facteur de risque d'AcVC grave en général, et d'AcVC grave de sport. Ce résultat n'est disponible dans aucune autre enquête. Les déficits de vision ou d'audition n'ont pas été retrouvés comme facteurs de survenue d'accident. Une enquête en école primaire comparant des enfants accidentés de la circulation et non accidentés n'avait, de même, montré aucune influence des capacités psychotechniques sur la survenue d'accidents [17].

Le fait d'avoir un parent chômeur était un facteur protecteur d'AcVC uniquement pour les enfants en ZEP. Aucun lien n'a été établi entre la profession du père et la survenue d'accident. Il existe très peu de résultats publiés en France sur le lien entre profil social et survenue d'accidents. La seule enquête sur les AcVC qui permette une comparaison partielle est l'ESPS 2004, dont les modèles n'intégraient pas l'intensité de pratique sportive : les accidents étaient plus fréquents pour les professions et catégories socioprofessionnelles supérieures. L'hypothèse explicative est que la pratique sportive est plus fréquente chez les personnes de ces milieux

socioprofessionnels, qui sont ainsi soumises à un risque accidentel plus élevé. Une synthèse [18] présente les principaux éléments au niveau

international sur les liens entre accident et profil social: une étude en Afrique du Sud [19] a montré que les brûlures survenaient plus fréquemment chez les enfants des familles les plus pauvres ; une étude en Suède [20] a montré que les adolescents et préadolescents défavorisés étaient plus à risque d'accidents de piétons et d'accidents domestiques, notamment de chutes, ils étaient en revanche moins à risque d'autres types d'accidents de la voie publique et d'accidents de sport; une autre étude en Suède [21] confirme ces différences selon les classes sociales pour tous les types d'accident sauf pour les chutes; un sur-risque d'accident a également été constaté chez les enfants des familles les moins aisées, au Canada [22], en Australie [23] et chez les enfants issus de l'immigration aux États-Unis [24]; d'autres travaux ont montré que des accidents comme les défenestrations, les accidents de la voie publique, les ébouillantements et les intoxications au CO, étaient généralement plus fréquents chez les enfants de familles migrantes ou déplacées récemment [25-27]. Conclusion Cette enquête fournit des résultats précieux et inédits sur les caractéris-

tiques, l'incidence et les facteurs de risque de survenue d'accidents chez les enfants de CM2. Neuf enfants de CM2 sur 100 ont déclaré avoir été victimes d'un accident au cours des 3 mois précédant leur interrogation. Lorsque cet accident était un AcVC, il s'agissait dans plus de la moitié des cas d'un accident lors d'une pratique sportive au sens large, et une fois sur cinq d'un accident domestique. Les élèves de plus de 10 ans et ceux pratiquant régulièrement un sport étaient les plus touchés. Des résultats originaux ont été établis sur les facteurs de survenue des accidents de la vie courante, taille de la famille, résidence en ZEP. Des comparaisons seront possibles avec les résultats tirés des autres enquêtes du cycle triennal à des âges différents : les enquêtes menées auprès des enfants de 15 ans (en 2003-2004), ou de six ans (en 2005-2006). Une mesure de l'évolution chez les CM2 sera possible grâce à la réalisation d'une autre enquête (au-delà de 2015).

La prévention des accidents, en particulier des accidents graves, passe par une connaissance plus précise des facteurs et circonstances de leur survenue : influence éventuelle du profil social, du lieu de résidence (rural/ urbain), de l'environnement, de la pratique sportive, etc. Au-delà des enquêtes en population comme celle du cycle triennal en milieu scolaire, elle nécessite des enquêtes thématiques, comme celles réalisées ces dernières années sur les noyades, les défenestrations, les morsures de chien, qui ont orienté de façon décisive la prévention de ces accidents.

REMERCIEMENTS

Nous remercions la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco), la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) et la Direction générale de la santé (DGS) pour la mise en place, la collecte et la consolidation des données de l'enquête.

Santé publique 2011, volume 23, nº 3, pp. 183-193

BIBLIOGRAPHIE

- Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006. Bull Epidémiol Hebd 2010;8:65-9.
- Thélot B, Ricard C. Résultats de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, années 2002-2003. Réseau Epac. Saint Maurice (France): Institut de veille sanitaire, 2005.
- Guignon N, Fonteneau L, Guthmann JP. La santé des enfants scolarisés en 2004-2005. Premiers résultats. Études et Résultats nº 632. Paris: Drees, 2008.
- 4. Thélot B, Chatelus AL. Les accidents de la vie courante chez les enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2010. 38 p. et 6 p. (rapport et synthèse). Disponibles à partir de l'URL: http://www.invs-sante.fr
- Sautory O. La macro CALMAR: redressement d'un échantillon par calage sur marges; document nº F9310. Série des documents de travail de la direction des Statistiques Démographiques et Sociales. Insee, 1993: 1-51.
- Harel Y, Overpeck MD, Jones DH, Scheidt PC, Bijur PE, Trumble AC, et al. The effects of recall on estimating annual nonfatal injury rates for children and adolescents. Am J Public Health 1994;84(4):599-605.
- Mock C, Acheampong F, Adjei S, Koepsell T. The effect of recall on estimation of incidence rates for injury in Ghana. Int J Epidemiol 1999;28(4):750-5.
- Moshiro C, Heuch I, Astrom AN, Setel P, Kvale G. Effect of recall on estimation of non-fatal injury rates: a community based study in Tanzania. Inj Prev 2005;11(1):48-52.
- Petridou E, Dessypris N, Frangakis CE, Belechri M, Mavrou A, Trichopoulos D. Estimating the population burden of injuries: a comparison of household surveys and emergency department surveillance. Epidemiology 2004;15(4):428-32.
- Unesco. Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous. http://www.unesco org/fileadmin/ MULTIMEDIA/HQ/ED/GMR/pdf/gmr2010/gmr2010-annex-04-stat-tables-fr.pdf, consulté le 23 juin 2010.
- Dalichampt M, Thélot B. Les accidents de la vie courante en France métropolitaine. Enquête santé et protection sociale 2004. Saint Maurice (France): Institut de veille sanitaire, 2008.
- Bourdessol H, Thélot B. Accidents: les plus fréquents sont ceux de la vie courante in Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, Inpes 2007.
- Ricard C, Rigou A, Thélot B. Description et incidence des recours aux urgences pour accidents de sport, en France. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Bull Epidemiol Hebd 2008;33:293-5.
- Réseau épidémiologique d'accidentologie des sports d'hiver, Résultats hiver 2006-2007. Médecins de Montagne, 2007.
- Guinhouya B, Vilhelm C, Allogio C, Apété G, Zitouni D, Redlich Y, et al. Niveau d'activité physique objectivement mesurée chez des enfants du Nord de la France. Bull Epidémiol Hebd 2010;27-28:296-300.
- Sulloway F. Les enfants rebelles. Ordre de naissance, dynamique familiale, vie créatrice. Éditions Odile Jacob ed. Paris: 1999.
- Chiron M, Charnay P, Martin JL, Vergnes I. Conséquences des accidents de la circulation chez les enfants : suivi pendant un an dans le département du Rhône. Santé Publique 2006 Mar; 18(1):23-39.
- 18. Sznajder M, Chevallier B. Accidents d'enfants et déterminants sociaux. MTP 2009;12(4):213-22.
- Van Niekerk A, Seedat M, Menckel E, Laflamme L. Caregiver experiences, contextualizations and understandings of the burn injury to their child. Accounts from low-income settings in South Africa. Child Care Health Dev 2007;33(3):236-45.
- Reimers A, Laflamme L. Neighborhood social composition and injury risks among pre-adolescent and adolescent boys and girls. A study in Stockholm metropolitan. Int J Adolesc Med Health 2004;16(3):215-27.
- Engstrom K, Diderichsen F, Laflamme L. Socioeconomic differences in injury risks in childhood and adolescence: a nation-wide study of intentional and unintentional injuries in Sweden. Inj Prev. 2002; 8(2):137-42.
- 22. Faelker T, Pickett W, Brison RJ. Socioeconomic differences in childhood injury: a population based epidemiologic study in Ontario, Canada. Inj Prev 2000;6(3):203-8.
- Turner JV, Spallek M, Najman JM, Bain C, Purdie DM, Nixon J, et al. Socio-economic distribution of environmental risk factors for childhood injury. Aust N Z J Public Health 2006;30(6):514-8.
- 24. Rivara FP, Barber M. Demographic analysis of childhood pedestrian injuries. Pediatrics 1985;76(3):375-81.
- 25. Bourdessol H, Janvrin MP, Baudier F. Accidents. Baromètre Santé 2000. Résultats. Inpes, 2001:359-87.
- Rigou A, Marant C, Bonaldi C, Bourdeau I, Meyer P, Thélot B. Enquête Défenestrations 2006. Saint Maurice (France): Institut de Veille Sanitaire, 2007.
- Tursz A. La santé de l'enfant. Les inégalités sociales de santé. La Découverte/Éditions Inserm ed. Paris: 2000:193-206.



Les accidents de la vie courante : de l'épidémiologie à la prévention ?

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Mots clés : Accidents domestiques

Les nouveaux accidents domestiques

Pediatric domestic accidents: new trends

I. Claudet

Urgences pédiatriques, Hôpital des Enfants, CHU Toulouse, France

égislation, réglementation et normalisation autour de la sécurité des produits, jouets, articles de puériculture ont permis de faire reculer la mortalité associée aux accidents domestiques. Leur fréquence reste cependant élevée. De nouveaux accidents émergent par mésusage de certains produits, détournement de la fonction initiale d'autres, modes socioculturelles ou décoratives.

1. Risques liés à l'ameublement, le mobilier

1.1. Accidents liés à la chute de téléviseurs

En dépit du marché croissant des écrans plats, 60 % des téléviseurs sont à tube cathodique de poids plus élevé (36 à 80 kg). L'incident survient à la suite de l'escalade du meuble (70 %). Les parents sont rarement témoins de la chute. Ces traumatismes concernent des enfants âgés de moins de 4 ans (70 %) et les décès secondaires (3 à 11 %), des nourrissons. Tête et cou constituent les localisations préférentielles des atteintes (45 à 75 %). La proportion d'hospitalisation est élevée (40 %) au regard du risque de lésions intracrâniennes, d'organes pleins et de la fréquence des fractures (60 % des traumatismes céphaliques, 50 % des atteintes des membres inférieurs). Un quart des admissions s'effectue en soins intensifs ou en réanimation. La prévention consiste à placer le téléviseur sur un meuble bas, adapté, stable et de ne pas poser la télécommande sur le dessus de l'appareil.

1.2. Accidents relatifs aux tapis d'exercice motorisés

Les campagnes d'information sur la prévention du surpoids incitent de plus en plus de ménages à acquérir des apparells d'exercice. Le nombre relié d'accidents est en augmentation. Les enfants âgés de moins de 5 ans sont les plus à risque (80 %). Dans plus d'un tiers des cas, un adulte est témoin de l'accident. Les lésions prédominent au niveau des mains (75-85 %), brûlées par friction. La surface brûlée est faible (BSA≤1 %), l'atteinte souvent profonde avec recours à une greffe de peau dans 30 à 47 % des cas. Ces apparells répondent à des normes de fabrication limitant l'espace entre la surface du tapis et le cylindre d'entraînement à 10mm pour éviter les coincements de doigts. Les mesures de prévention stipulent un usage dans une plèce fermée, de positionner l'engin face à la porte, d'éviter son utilisation en présence d'un enfant et de placer un miroir sur le mur arrière.

* Auteur correspondant. e-mail: claudet.i@chu-toulouse.fr

706

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. Archives de Pédiatrie 2010;17:706-708

1.3. Accidents relatifs à l'utilisation de destructeur de papier

Depuis quelques années, le marché des destructeurs de papier enregistre une forte progression. La prise de conscience que nos poubelles regorgent d'informations confidentielles avec le risque d'usurpation d'identité explique cette tendance. Les accidents sont en augmentation depuis les années 2000 ; plus de la moitié concerne des enfants âgés de moins de 3 ans. L'accident survient alors que la machine est utilisée par un adulte. Les lésions prédominent au niveau de la main (amputation digitale partielle 17 %). L'étude de la Consumer Product and Safety Commission (CPSC) démontrait un certain nombre d'insuffisances sécuritaires : une hauteur facilement accessible à un enfant de 15 mois, une ouverture suffisamment large ou souple autorisant l'insertion des doigts, une distance entre ouverture et lames rendant possible l'accès des doigts d'un nourrisson aux parties coupantes, l'absence de coupe-circuit sur certains modèles et la difficulté à désadapter les lames de la partie supérieure donc d'extirper les doigts blessés. En attendant de nouvelles normes sécuritaires, ces appareils doivent être utilisés en l'absence d'enfant en bas âge, puis débranchés et rangés dans un endroit inaccessible.

1.4. Accidents relatifs aux tables en verre

L'utilisation de plateaux en verre est très en vogue dans l'ameublement. Les accidents qui leur sont liés sont surtout décrits avec du verre non trempé. En Europe, la réglementation impose l'utilisation de verre sécurisé ou trempé, réglementation absente dans de nombreux pays hors CEE. L'accident survient lorsque l'enfant saute, tombe ou s'assoit sur la table. Les enfants âgés de 3 à 4 ans sont les plus exposés, les lésions situées surtout au niveau du visage (46 %), moins fréquemment sur les membres inférieurs (25 %) et à type de plaies (80 %). La prévention nécessite de s'assurer qu'il s'agit bien de verre trempé surtout si mobilier importé ; d'éviter de taper avec un objet pointu sur une table en verre, d'éduquer les enfants afin qu'ils ne sautent pas sur ce genre d'ameublement et remplacer tout plateau endommagé.

1.5. Accidents relatifs à l'utilisation d'ordinateurs

L'informatisation des foyers français s'est considérablement développée depuis 10 ans, l'ordinateur fait partie du mobilier. Les 2 groupes d'âge les plus souvent admis sont les enfants âgés de moins de 5 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans. L'accident survient lorsque l'enfant trébuche ou tombe sur l'ordinateur. Les enfants avaient le taux de lésions le plus élevé quelle que soit l'année. Les lésions les plus fréquentes étaient les plaies (60 %) au niveau céphalique avant 5 ans (76 %).

Risques liés à l'utilisation de cosy, siège-auto

L'obligation de leur utilisation a transformé morbidité et mortalité infantiles liées aux accidents de voiture. L'extension de leur utilisation pour transférer les enfants depuis le véhicule est à l'origine d'autres accidents. Ils surviennent lorsque le siège est posé en hauteur à domicile (table, meuble, comptoir) ou à l'extérieur depuis un caddy de supermarché ou encore un charlot à bagages. L'incident survient aussi lors du transport manuel du siège par les parents. Un risque d'étouffement est aussi décrit par bascule du siège posé sur une surface molle (lit). Les traumatismes concernent des nourrissons âgés de moins de 6 mois, l'extrémité céphalique est la plus souvent lésée et la grande majorité des enfants n'était pas attachée au moment de la chute. Une étude récente rapportait sur une cohorte de 62 patients, 21 % de lésions intracrâniennes (LIC) et 16 % de fractures du crâne. Une telle fracture était associée dans 85 % des LIC. Comparés aux autres chutes d'enfants du même âge, ces accidents sont corrélés avec un risque plus élevé de LIC et d'admission en réanimation.

3. Risques liés à l'utilisation de sièges de bain

Des cas de noyades ont été rapportés chez des enfants âgés de 6 à 10 mois placés dans un siège ou anneau de bain. La proportion d'enfants noyés à la suite de leur utilisation varie de 12 à 34 % des noyades rapportées pour le même âge. Les mécanismes de survenue étaient : une bascule du siège, une tentative d'extraction, un glissement par l'ouverture prévue pour les jambes avec submersion consécutive. En France, la Commission de Sécurité des Consommateurs (CSC) avait publié en 2003 un avis demandant la suspension de la commercialisation des articles ne répondant pas à un certain nombre d'exigences de sécurité (http://www.securiteconso.org/article369.html). Aucune preuve n'a pu être apportée que leur utilisation augmentait le risque de noyades notamment par méconnaissance de la proportion exacte d'utilisateurs dans la population du même âge. Deux évidences ont été rappelées : le faux sentiment de sécurité associé à l'utilisation de ces systèmes par des parents qui n'ont pas lu les mises en garde de la notice ; d'autre part, que le risque principal, siège de bain ou pas, reste l'absence de surveillance par un adulte.

Risques liés à la décoration

4.1. Foyers à l'éthanol

À ce jour, aucun accident relié n'a été publié mais plusieurs déclarations ont conduit la CSC à publier en 2008 un avis relatif à la sécurité de ce type de foyers. Les avantages loués sont l'absence d'émissions de fumées, de résidus de combustion et leur quasi absence d'odeur. La CSC a évalué un triple risque : brûlures, intoxications et incendie. Les brûlures surviennent par contact avec l'habillage, le pare-flammes, en cas de rallumage à chaud (retour de flammes) ou par stagnation au-dessus de l'appareil de vapeurs d'alcool (effet flash). Le risque d'incendie est associé au renversement du foyer ou de sa localisation proche d'un mobilier

hautement inflammable ou du stockage de combustibles à côté de l'appareil. Dans l'avis publié par la CSC sur les 4 appareils prépondérants sur le marché, 2 sur 4 ont présenté un effet flash, 3 sur 4 dépassaient les seuils de référence d'émission de CO fixés par l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) et tous dépassaient les seuils d'exposition à l'oxyde d'azote, définis par l'Organisation mondiale de la santé. En l'absence de réglementation, il convient d'écarter les enfants de ce type d'appareil, de ne jamais les laisser seuls dans une pièce contenant un foyer à éthanol, de différer son achat jusqu'à la production de cheminées mieux réglementées et plus sûres.

4.2. Stores vénitiens, romains ou à rouleaux

Ce sont les cordons et boucles de levée qui présentent un risque d'étranglement :

 les cordons maintenant les lames du store romain coulissent au travers d'anneaux, une boucle peut se former par traction sur le cordon et laisser un espace suffisant pour la tête et le cou d'un enfant (fig. 1).

– les boucles de levée des stores à rouleau peuvent glisser, l'enfant peut également placer son cou entre la boucle et la toile, le risque d'étranglement dépendant de la tension sur la boucle (fig. 2). La prévention consiste à éviter de placer un lit ou un meuble haut à proximité de fenêtres équipées de stores, de tendre le plus possible les cordons, de rendre inaccessible les cordons d'actionnement en les coupant le plus court possible et/ou en les attachant sur des enrouleurs adaptés.

5. Risques liés aux mini-almants

Puissants, composés de néodyme et répandus dans de nombreux jouets ou vendus comme faux piercing, les publications consécutives aux complications liées notamment à leur ingestion sont de plus en plus nombreuses. Au niveau digestif, l'ingestion de plusieurs d'entre eux expose au risque, par attraction, d'une nécrose du grêle, de perforations, de fistules ou de volvulus. En 2009, des recommandations françaises ont été publiées : localisés dans l'estomac, les aimants multiples (2 ou plus) doivent être extraits en urgence ; dans l'intestin, une surveillance en milieu hospitalier est recommandée, l'apparition de symptômes digestifs justifiant une intervention rapide. Au niveau nasal, ils risquent d'entraîner ulcérations muqueuses et nécrose septale, leur ablation est une urgence.

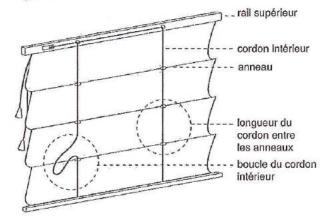


Figure 1. Store romain, vue arrière.

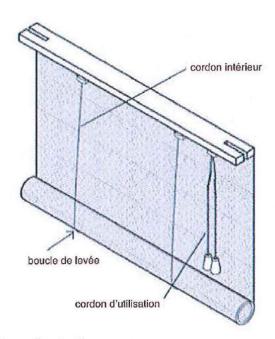


Figure 2. Store à rouleau.

6. Risques liés aux nouveaux animaux de compagnie (NAC)

Nouvel engouement, l'acquisition de NAC (autres que chiens et chats) progresse. Les espèces concernées sont très variées, et les risques associés, notamment dans la transmission de zoonoses, peu ou mal connus. Les serpents exotiques sont incontestablement les plus dangereux des NAC. Parmi les zoonoses sont décrites : des salmonelloses par contaminations par les rongeurs, tortues ou reptiles ; des infections par virus Monkeypox (chien de prairie) ; des yersinioses (rongeurs, tortue, reptiles), des infections cutanées notamment dermatophytiques (rongeurs en général), des chorioméningites lymphocytaires (souris, hamster). Ces pathologies restent rares comparées à l'augmentation des acquisitions.

Références

Les références complètes peuvent être obtenues sur demande auprès de l'auteur.

Les particullers tardent à équiper leurs piscines des systèmes de sécurité exigés par la loi

Plus d'un million de piscines et 55 accidents d'enfants en 2004

n 2004, on comptait 1 056 000 piscines en France, selon la Pédération des professionnels de la piscine (FPP). Le nombre de piscines privées a augmenté ces dernières années de 10 % par an.

720 000 piscines sont enterrées, soit 24 % de plus qu'en 2001.

Noyades d'enfants. En 2004, selon l'enquête de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) et du ministère de l'intérieur,

55 enfants âgés de moins

de 5 ans se sont noyés dans

une piscine privée familiale.

17 en sont morts, plusieurs

autres ont gardé des séquelles irréversibles, physiques

et/ou cérébrales.

A partir de l'âge de 6 ans,

le risque diminue fortement,

sans pour autant disparaître.

Lieux de noyade. Les enfants

se noient plus dans les piscines que dans les autres lieux de baignade. En 2004, 4 enfants

de moins de 5 ans sont morts en se noyant dans la mer,

5 dans un cours d'eau

et 2 dans un plan d'eau.

La noyade est la première

cause de mortalité par

accident domestique chez

les enfants âgés de 1 à 4 ans.

Circonstances des noyades.

Le manque de surveillance constitue la principale circonstance de la noyade

en piscine (40 % des cas).

Par ailleurs, 41 % des noyades d'enfants de moins de 6 ans,

en 2004, ont eu lieu dans une piscine pourtant équipée

d'un dispositif de sécurité.

Noyades d'adultes. Douze adultes âgés de plus de 20 ans sont morts noyés dans des piscines privées familiales en 2004, mais 154 sont morts suite à des noyades dans la mer.

Le Monde.fr

Les morts d'enfants par accidents de la vie courante ont fortement diminué

Article paru dens l'édision du 19:04.97

Cette baisse de 56 % en dix ans est due en partie à des normes de fabrication plus strictes

ES MÉDICAMENTS à portée de main, une bouteille de produits dangereux dont le bouchon a mai été refermé, un panneau de basket qui s'écrase sur un joueur, un robinet mal réglé qui crache une eau à 60 degrés, une chute sur une plaque de verglas : 8,3 millions de personnes sont victimes, chaque année en France, de ces accidents de la vie courante (accidents domestiques, scolaires, de sports et de loisirs...). La direction générale de la santé vient de publier un ouvrage qui, pour la première fois, fait la synthèse de tous les travaux disponibles sur la question pour la période 1982-1992.

S'ils n'ont pas toujours de graves conséquences, ils provoquaient encore en 1992 la mort de 18 832 personnes. Ce chiffre peut paraître élevé. Il représente pourtant une amélioration par rapport à 1982, année au cours de laquelle 22 306 personnes étaient mortes de ce type d'accidents. Chez les moins de 15 ans la baisse observée est encore plus sensible : 526 décès en 1992, contre 1 200 en 1982, soit 56 % en dix ans.

S'ils arrivent toujours en tête, les décès par ingestion-digestion ont très fortement diminué chez les moins de quinze ans : 233 en 1992, contre 529 en 1982. Au ministère de la santé, on attribue ce résultat aux efforts consentis par les industriels pour améliorer leurs produits, notamment par l'instauration de normes « NF » strictes. Le cas le plus fréquemment montré en exemple est celui des bouchons de bouteilles de produits dangereux (déboucheurs d'évier, d'eau de Javel...), dont la modification a permis d'éviter nombre d'intoxications accidentelles.

LE RÔLE DES PARAMÉDICAUX

Le perfectionnement des articles de puériculture, également soumis à des normes strictes de fabrication (les lits à barreaux, par exemple), a aussi contribué à réduire le nombre des accidents. « Un ensemble de petites mesures, pas forcément spectaculaires, mais très ciblées, ont permis ces dix dernières années d'améliorer la situation », fait-on valoir au ministère.

Le nombre de morts par noyade (91 en 1992, contre 203 en 1982), par chute accidentelle (38, contre 58) et par le feu (46, contre 77) diminue lui aussi chez les moins de 15 ans. L'impact des campagnes de sensibilisation et la formation des personnels paramédicaux (infimières, puéricultrices, sages-femmes) auraient permis de mieux faire passer le message auprès des parents. « Ils prennent conscience que l'intérieur de la maison n'est pas forcément un lieu sûr, précise-t-on à la direction générale de la santé. Ils apprennent à sécuriser l'environnement de leurs enfants. »

Jean-Paul Lechien, président de l'Association pour la prévention des accidents domestiques chez les enfants, tempère cette vision optimiste. « L'information sur les dangers qui entourent l'enfant n'est pas encore parvenue à modifier durablement le comportement des parents, nous a-t-il affirmé. Parfois même, ils acceptent mal les conseils de prudence car ils ont une certaine pudeur à avouer qu'ils ont des choses à apprendre en matière d'éducation. »

Pour rassurants qu'ils soient, les chiffres de la direction générale de la santé ne doivent pas faire oublier que les accidents de la vie comante demeurent l'une des principales causes de décès chez les moins de 15 ans, tout comme chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Pour cette classe d'âge, moins perméable aux campagnes de sensibilisation et aux conseils de prudence, les chiffres ont pratiquement stagné sur la période étudiée : 13 860 décès en 1992, contre 14 579 en 1982. Le nombre de décès par chute accidentelle reste particulièrement élevé chez les plus âgés (9 072 morts en 1992), même s'il a légèrement diminué (10 725 en 1982).

ACACIO PEREIRA

Le Monde.fr

Les dangers de la récré Peu nombreux, les accidents dans les écoles maternelles ou primaires restent la hantise des chefs d'établissement

L existait des enquêtes sur les accidents domestiques chez les jeunes enfants ou sur les accidents de la circulation chez les adolescents. En revanche, on ne savait rien des accidents scolaires, alors même que cette population passe plus d'un tiers de son temps à l'école. Une enquête de la direction de l'évaluation et de la prospective (DEP) du ministère de l'éducation nationale vient de réparer cet oubli (1).

Conduite sur l'amée scolaire 1989-1990, elle révèle notamment que l'accident scolaire est rarc. Ce sont les garçons qui en sont le plus souvent victimes : ils représentent 67 % des enfants accidentés en école maternelle et 53 % en école primaire. Et plus les enfants sont jeunes, plus l'écart est grand entre les risques d'accident parmi les garçons et parmi les filles.

Il y a également des âges à visques. A l'école maternelle, les enfants les plus âgés sont les plus touchés (deux tiers des enfants accidentés ont plus de 4 ans), ce qui semble logique puisqu'ils sont aussi les plus nombreux.

A l'école primaire, ce sont les garçons de 10 ans (21,2 %) et les filles de 9 ans (33,3 %) qui sont le plus souvent victimes d'accident. Mais les " petits " ne sont pas en reste : 18,2 % des garçons accidentés ont 6 ans et on retrouve le même pour centage pour leurs aînés d'un an.

Les filles, elles, ont un autre pic à 10 ans avec 24,4 % d'accidentées. Tout ce petit monde semble se calmer vers 11 aus : 7 % des filles et 10,5 % des garçons accidentés ont cet âge.

Même rare, l'accident scolaire est une réalité. Il s'agit le plus souvent d'une chute de l'élève seul (70,7 % des cas en école maternelle, 65.5 % en école primaire). Mais il peut également y avoir eu collision de deux élèves entre eux (19,1 % des cas en école maternelle, 31,6 % en école primaire) ou une bagarre (10,2 % des cas en école maternelle et 2,9 % en école primaire).

Lieu de tous les dangers : la cour de récréation. 60,6 % des accidents en école maternelle et 64,9 % de ceux de l'école primaire s'y produisent. C'est là, en effet, que les enfants se défoulent pendant leurs moments de détente. D'autre part, c'est souvent, dans les écoles primaires, le lieu où se déroulent les cours d'éducation physique.

Entre la cantine et la gym

Et s'il y a des lieux à risques, il y a également les moments à risques qui leur correspondent logiquement. En tête, celui de la récréation (59,6 % des accidents en maternelle, 52,5 % en primaire), la plus "meurtrière" étant, d'après les directeurs et les directrices, la récréation de la mi-journée, au moment du déjeuner, en raison d'une part de sa longueur (près de deux heures) et du moins grand nombre d'élèves, permettant à cette heure des courses d'autant plus effrénées. Le cours d'éducation physique représente également un moment critique, notamment en école primaire, où un élève sur cinq (contre 14,9 % en école maternelle) se blesse pendant une activité sportive.

Bref, les scénarios sont variés, les blessures aussi. Pour les élèves de maternelle, blessures et coupures sont les plus fréquentes (46,9 %). La fracture (23,4 %) et les contusions et traumatismes (23,4 %) ne sont pas rares nou plus. A l'école primaire, ce sont les fractures qui sont le plus fréquentes, puisqu'elles représentent plus du tiers des blessures, plaies ou coupures ne venant qu'en seconde position avec un quart des lésions. Enfin, quel que soit l'âge de l'élève, c'est le visage qui est la partie du corps la plus souvent atteinte : 36 % des accidentés de maternelle et 21 % de ceux du primaire. Pour les plus jeunes, crâne, bras et dents sont les parties les plus menacées. Dans le primaire, c'est la fracture du bras qui prime, avec un cinquième des élèves concernés, juste devant les dents cassées ou ébréchées (16 % des blessures) et les lésions du crâne (10 %).

Dans tous les cas, à chaque accident, c'est aux directeurs d'école de savoir réagir. En tenant compte d'une double contrainte : d'une part, ils n'ont aucun droit d'intervention pour décider par exemple d'envoyer un enfant à l'hôpital ; d'autre part, il n'existe pas d'infirmerie dans les écoles primaires.

D'où de véritables plans d'état-major mis en place à chaque fois. On évalue si la blessure est grave ou non. Si elle ne l'est pas, la trousse à pharmacie fait l'affaire." On ne va pas prévenir la famille pour une bosse, un genou qui saigne ou un doigt pincé ", s'exclame, péremptoire, la directrice d'une école du 9 arrondissement, à Paris. Glaçons, mercurochrome ou sparadrap feront l'affaire selon les cas. Si l'accident paraît plus sérieux, deux stratégies sont possibles. Ou bien le directeur prévient d'abord la famille, qui prend en charge l'enfant pour le faire soigner là où elle le souhaite. Ou bien, s'il n'arrive pas à joindre les parents ou si c'est vraiment très grave, il prévient d'abord les pompiers _ ce sont eux qui, en l'absence des parents, assument la prise en charge d'un enfant accidenté.

Le sang-froid des chefs d'établissement " Cette année, j'ai appelé les pompiers une seule fois, raconte Mme Colette Garcia, directrice de l'école de la rue Truffaut à Paris (17 arrondissement). Un petit garçon était tombé sur la tête et avait vomi. D'autres années, je les appelle trois ou quatre fois. Dans l'ensemble, quand un enfant tombe et semble avoir des difficultés pour se relever ou bien s'il s'ouvre le menton ou semble avoir très mal, je n'hésite pas à appeler les pompiers et ensuite la famille. J'essaie de ne pas paniquer. Ce n'est pas toujours facile devant un nez qui coule à flots. " De fait, les directeurs en voient de toutes les couleurs. Comme cette directrice qui se rappelle " avoir failli se sentir mal " devant un petit doigt qui pendait et cette autre devant un enfant qui vomissait après être tombé et avoir perdu connaissance. " En douze ans, se rappelle Mme Jocelyne Roger, directrice de l'école de la rue des Alouettes à Paris (19 arrondissement), j'ai eu un bras cassé, un évanouissement, un petit doigt coincé dans une porte et une langue ouverte. "

Plus pittoresque, la panique qui a saisi cette directrice d'une école du 9 arrondissement après qu'une petite fille de sept ans, tombée du haut d'un espalier sur le tapis fixé au sol, fut demeurée là pétrifiée, se disant incapable de bouger. " J'ai tout de suite pensé qu'elle devait avoir la colonne vertébrale brisée, se rappelle la directrice. J'ai appelé les pompiers, organisé la sortie des élèves, qui était imminente, par une voie dérobée de façon qu'ils ne passent pas devant ce que je prévoyais être terrifiant. Tout cela pour entendre la mère me rassurer au téléphone et m'expliquer que sa fille était une grande anxieuse et restait toujours immobile après une chute, de crainte d'être blessée."