Tableau 1
Principales données socio-démographiques dans les 2 groupes

		Groupe avec trousse	Groupe sans trousse	p
Répondant	Père	4 (8,2 %)	1 (2 %)	0,58
	Mère	41 (83,7 %)	45 (90 %)	
	Deux parents	4 (8,2 %)	4 (8 %)	
Type de Famille	Monoparentale	7 (14,3 %)	6 (12 %)	0,17
	Biparentale	41 (83,7 %)	40 (80 %)	
	Reconstituée	0 (0 %)	4 (8 %)	
	Non renseigné	1 (2 %)	0 (0 %)	
Niveau d'études du répondant	École primaire	4 (8,2 %)	2 (4 %)	0,83
	Collège, CAP, BEP	11 (22,4 %)	12 (24 %)	
	Seconde à terminale	7 (14,3 %)	8 (16 %)	
	Études supérieures	24 (49 %)	27 (54 %)	
	Non renseigné	3 (6,1 %)	1 (2 %)	
Situation actuelle	Emploi salarié	31 (63,3 %)	29 (58,0 %)	0,62
	Indépendant	0 (0 %)	1 (2 %)	
	Formation	1 (2 %)	0 (0 %)	
	Chômage	2 (4 %)	1 (2 %)	
	Au foyer	14 (28,6 %)	16 (32 %)	

Tableau 2
Composition des familles

	Groupe avec trousse	Groupe sans trousse	p
Âge du répondant (ans)*	32,4 (5,1)	32,3 (5,9)	0,91
Nombre d'enfants*	1,7 (0,8)	1,9 (1,0)	0,22
Âge des enfants*			
Premier	3,9 (4,4)	4,5 (4,2)	0,48
Deuxième	2,2 (3,2)	3,6 (3,9)	0,18
Troisième	2,1 (2,6)	2,1 (2,5)	
Quatrième	1	1	

* Moyenne (écart–type).

groupe 2 ($p < 0,05$). Le risque relatif était de 1,31 (IC 95 % : 1,23–1,40).

2.1.2. Dans les familles monoparentales

Pour les questions relatives aux éléments fournis dans la trousse, une différence significative entre les 2 groupes a été observée (90 vs 44,4 %, $p < 0,007$), ce qui n'était pas le cas pour les questions relatives aux éléments non fournis dans la trousse.

2.1.3. En fonction du niveau d'études primaires ou secondaires

Pour les questions relatives aux éléments fournis dans la trousse, une différence significative entre les 2 groupes a été observée (61,5 vs 36,5 %, $p < 0,01$). De même que précédemment, pour les questions relatives aux éléments non fournis dans la trousse, on n'observait pas de différence entre les 2 groupes.

2.2. Évaluation qualitative

Les résultats des réunions de travail ont indiqué que la trousse était généralement décrite lors des visites comme un support propice à la discussion et à une intervention préventive efficace des traumatismes. Elle facilitait la prise de conscience des dangers potentiels au domicile, et une réflexion plus générale sur la sécurité. Le questionnaire soumis aux familles a été perçu positivement par les intervenantes car considéré comme un véritable vecteur d'informations.

L'aide à l'installation proposée, lors de la deuxième visite pour certains éléments, donc sans conséquence sur l'évaluation, s'est avérée utile pour leur pleine utilisation : c'était notamment le cas pour tous les objets devant être vissés. Les

Tableau 3
Questions relatives aux éléments fournis dans la trousse (pourcentage d'améliorations sécuritaires entre la première et la seconde visite)

Questions	Groupe 1 (avec trousse) *V2/V1* (% amélioration)	Groupe 2 (sans trousse) *V2/V1* (% amélioration)	p
1. Combien y a-t-il de détecteurs de fumée fonctionnels et installés de façon appropriée ? (donnée retenue : combien sont passés de 0 à 1)	26/46 (56,5)	5/49 (10,2)	
2. Utilisez-vous des cache-prise électriques ?	16/25 (64,0)	11/24 (45,8)	
3. Tous les médicaments sont-ils rangés dans un endroit inaccessible pour l'enfant ou verrouillé ?	13/15 (86,7)	8/13 (61,5)	
4. Les bouteilles apéritifs ou spiritueux sont-elles rangées dans un endroit inaccessible pour l'enfant ou verrouillé ?	10/18 (55,6)	2/16 (12,5)	
5. Les produits de beauté tels huile de bain, la lotion après rasage, etc., sont-ils rangés dans un endroit inaccessible pour l'enfant ou verrouillé ?	21/32 (65,6)	13/25 (52)	
6. Les produits utilisés pour le nettoyage tels le produit le nettoyant pour le four, etc., sont-ils rangés dans un endroit inaccessible pour l'enfant ou verrouillé ?	20/28 (71,4)	17/26 (65,3)	
7. Les produits d'entretien tels l'insecticide, les boules à mites, le solvant, essence, alcool à brûler, herbicide, etc., sont-ils rangés dans un endroit inaccessible pour l'enfant ou verrouillé ?	10/14 (71,4)	6/17 (35,3)	
8. Les coins pointus des tables sont-ils recouverts d'une protection ?	25/30 (83,3)	13/27 (48,1)	
Total	141/208 (67,8)	75/197 (38,1)	< 0,001

V1 : nombre de familles où une situation à corriger a été constatée lors de la première visite
V2 : nombre de familles où une modification sécuritaire a été constatée lors de la deuxième visite

éléments les plus appréciés étaient les bloque-portes, les cache-prises, les bloque-poignées de placard, les taquets de tiroir et les 2 brochures et numéros d'urgence. Les éléments présentant un intérêt moindre parce que rarement installés (matériel à visser) ou inadaptés, étaient le Supercrochet Butak®, le protège-bec de robinet gonflable et la bande de fermeture pour réfrigérateur. Les éléments jugés comme devant être remplacés dans la trousse, pour des raisons de fragilité, étaient les coins de table et le bloque-porte universel pour appareil électroménager. Les intervenants ont proposé d'intégrer de nouveaux éléments dans la trousse, comme des entrebâilleurs de fenêtre, et des enrouleurs de cordons de rideau.

Concernant l'intérêt et la réceptivité des familles, celles-ci semblent avoir montré, dans l'ensemble, un intérêt certain pour cette action. Certains parents avaient même réalisé, pour la seconde visite, des aménagements non abordés lors de la première visite (cordons de rideau, disparition de meuble bas sous les fenêtres pour éviter les défenestrations). Plus de 9 familles sur 10 (89 % pour les familles avec trousse et 97 % sans trousse) ont affirmé être prêtes à participer le cas échéant à un nouveau programme de ce type.

Un besoin important de formation a été signalé, concernant notamment la morbidité des accidents d'enfants, les risques liés au développement psychomoteur, les mesures préventives à mettre en place. Des formations à l'utilisation de la trousse, ainsi qu'aux gestes de première urgence ont également été souhaitées par les parents. Il a été envisagé que ce kit soit proposé aux assistantes maternelles et à tous les organismes de garde d'enfants afin de produire un effet multiplicateur, avec des kits de prévention éventuellement modulables en fonction des besoins familiaux et du type de logement (récent, ancien, insalubre...).

3. Discussion

À la lecture de la littérature, 4 conditions minimales garantissant la réussite d'un tel projet ont été identifiées : la remise du kit de sécurité et les conseils donnés doivent avoir lieu au domicile des familles ; le kit de sécurité doit être remis gratuitement et être facile à installer ; les familles doivent pouvoir être aidées à installer le dispositif de sécurité ; plusieurs visites au domicile sont à prévoir pour assurer un suivi de l'intervention.

Les visites itératives au domicile et le subventionnement favorisent « l'alliance thérapeutique », notamment vis-à-vis des familles les plus à risque d'accident [11]. C'est dans cet esprit qu'a été construite la présente étude, à l'instar de celle déjà réalisée au Québec. En ce qui concerne des relations entre conditions sociales et modes de prévention, notre choix d'un recrutement de PMI visait naturellement des populations modestes. Cependant près de la moitié des familles des 2 groupes avait atteint un niveau d'études supérieures, 2/3 avaient un emploi salarié, et le taux de chômage était assez faible. Le faible niveau de revenus ne constitue pas le critère exclusif du suivi par la PMI — d'autres situations telles que difficultés psychologiques ou isolement peuvent le justifier également — mais ces situations sont également à risque accru d'accident domestique.

Des exemples tirés de la littérature vont dans le sens d'un impact très positif de cette démarche combinée (remise gratuite d'outils de prévention et délivrance de conseils sur place). Un programme de prévention sur 6 ans des incendies à Oklahoma-City (A), fondé sur une étude cartographique, a permis d'obtenir une réduction de 81 % de ces accidents dans la population cible (vs 7 % dans le reste de la ville), après distribution de détecteurs de fumée et conseils éducatifs [12]. Les données concernant l'impact financier d'une telle démarche sont encore parcellaires. Le même programme dans des quartiers pauvres de Londres est en cours d'évaluation [13]. Une analyse coût/efficacité menée dans le cadre d'une enquête multicentrique au Canada sur l'efficacité de la visite à domicile a permis de calculer un ratio de 372 dollars canadiens par accident évité [14].

La simple possession de ces objets de prévention n'est pas toujours suffisante. L'adoption de comportements sécuritaires, même pour des personnes d'un niveau économique élevé et en possession de ces outils, n'est pas automatique, comme l'a montré une enquête récente réalisée en Grande-Bretagne [15]. En 1993 Pless, au Québec, soulignait déjà que visites à domicile, démarche pédagogique et distribution de produits de prévention doivent être combinées [16]. Une revue récente de 22 essais contrôlés sur l'impact de mesures préventives a souligné l'intérêt des détecteurs de fumée, et du contrôle de la température de l'eau chaude sanitaire. Elle a montré que les interventions les plus efficaces étaient celles qui combinaient éducation à la santé, stratégies de modification des comportements (conseils, démonstrations, fourniture de produits de sécurité subventionnés) et stratégie de « renforcement » [17].

Nous avons observé des résultats allant dans le même sens que ceux de l'équipe québécoise [8]. Dans cette étude le risque relatif lié aux modifications sécuritaires concernant des objets fournis dans la trousse était significativement différent de 1, par rapport au groupe témoin (RR = 1,86 [1,52–2,27]). Nous avons obtenu dans ce cas un risque relatif très proche, (RR = 1,78 [1,18–2,68]). Dans le travail québécois les modifications sécuritaires concernant des objets non fournis dans la trousse étaient plus élevées dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin dans un rapport de 2,55 [1,64–3,96]. Pour notre part ce chiffre était de 1,31 [1,23–1,40].

Contrairement à ce qui était observé pour les questions correspondant aux éléments fournis dans la trousse, où les réponses étaient toujours en faveur du groupe avec trousse, pour les questions relatives aux éléments non fournis dans la trousse, plusieurs pourcentages d'amélioration étaient plus favorables dans le groupe sans trousse (Tableau 4). « L'effet trousse » est sans doute encore plus visible ici, mais il s'agit parfois d'effectifs très faibles sans valeur statistique.

La représentativité des familles incluses nous a paru garantie par une sélection fondée au départ sur la naissance

Tableau 4
Questions relatives à des éléments non fournis dans la trousse (pourcentage d'améliorations sécuritaires entre la première et la seconde visite)

	Groupe 1 (avec trousse) V2/V1 (% amélioration)	Groupe 2 (sans trousse) V2/V1 (% amélioration)	*p*
1. Y a-t-il un tapis antidérapant ou des bandes antidérapantes installés dans le fond de la baignoire ou de la douche ?	11/28 (39,3)	19/31 (61,3)	
2. Y a-t-il des barrières de sécurité dans le haut ou le bas des escaliers ?	0/2 (0)	1/6 (16,7)	
3. Utilisez-vous un trotteur dans la maison ?	0/19 (0)	7/21 (33,3)	
4. Le ou les tapis de la maison sont-ils posés et fixés ?	3/23 (13)	2/27 (7,4)	
5. La chaise haute est-elle sans danger pour l'enfant ?	12/17 (70,6 %)	5/12 (41,7)	
6. Y a-t-il dans l'environnement des fils (rallonges) qui risquent de causer des chutes ?	8/14 (57,1)	6/18 (33,3)	
7. Y a-t-il des risques de chute par le balcon ou la fenêtre (par exemple, meuble bas, canapés, chaises permettant à l'enfant de se hisser...) ?	12/21 (57,1)	1/18 (5,6)	
8. Y a-t-il un extincteur en état de marche et facilement accessible ?	2/39 (5,1)	2/36 (5,6)	
9. Les allumettes et les briquets sont-ils gardés hors de la portée des enfants ?	9/9 (100)	3/7 (42,8)	
10. Est-ce que le système d'eau chaude possède un thermostat ajustable au niveau du robinet ?	0/42 (0)	3/47 (6,4)	
11. Y a-t-il des plantes toxiques à l'intérieur de la maison ?	2/9 (22,2)	0/1 (0)	
12. Le lit est-il sans danger pour l'enfant ?	9/9 (100)	5/10 (50)	
13. Le parc est-il sans danger pour l'enfant?	1/3 (33,3)	2/6 (33,3)	
14. Il peut y avoir dans l'entourage de l'enfant de petits objets dangereux avec lesquels il pourrait s'étouffer, trombones, épingles, etc., sont-ils habituellement rangés dans un endroit hors de portée des jeunes enfants ?	1/12 (8,3)	1/14 (7,1)	
15. Les aliments qui peuvent constituer un risque d'asphyxie comme la farine, les pâtes, fruits secs, cacahuètes, etc., sont-ils rangés dans un endroit sans danger pour l'enfant ?	5/7 (71,3)	1/6 (16,7)	
16. Les cordons et les chaînes de stores et des rideaux sont-ils hors de portée des enfants ?	13/19 (68,4)	4/15 (26,7)	
17. Votre enfant fait-il de la bicyclette avec son casque protecteur adapté à sa tête ?	5/18 (27,8)	12/28 (42,8)	
Total	*93/291* (*32,0*)	*74/303* (*24,4*)	*< 0,05*

V1 : nombre de familles où une situation à corriger a été constatée lors de la première visite
V2 : nombre de familles où une modification sécuritaire a été constatée lors de la deuxième visite

d'un enfant atteignant l'âge nécessaire pour l'étude, et par le recrutement naturel de la PMI visant les familles potentiellement à risque. Les conséquences du choix de la population étudiée en terme de résultats étaient illustrées par l'analyse par sous-groupes, correspondant aux situations réputées les plus à risque d'accident : situation familiale particulière, faible niveau scolaire du parent répondant.

Concernant dans ces familles, on retrouvait les mêmes résultats que ceux obtenus pour l'ensemble des familles pour les risques liés aux objets de prévention fournis, c'est-à-dire une différence très significative entre les 2 groupes. Pour les objets non fournis dans la trousse, les résultats non significatifs observés étaient sans doute liés à un problème d'effectif, mais probablement aussi au fait que pour ce type de famille la remise effective et gratuite d'objets de prévention est essentielle à la mise en œuvre réelle de ces mesures sécuritaires au domicile.

Comme dans le travail de Leduc [8], nous avons observé un « effet multiplicateur » dans le groupe d'intervention, avec des aménagements supplémentaires non abordés lors de la première visite. Les familles ayant reçu la trousse et des conseils de prévention ont adopté en plus grand nombre un comportement sécuritaire même pour des risques non couverts par le kit, comparativement aux familles qui n'avaient reçu que des conseils. On peut émettre l'hypothèse que la trousse pourrait renforcer la sensibilité globale des familles à la prévention.

Dans certains cas, lors de la seconde visite, les enquêtrices ont aidé les familles à installer ou ont installé elles-mêmes les éléments de prévention fournis dans la trousse. Cela n'a donc

pas eu d'impact sur les différences observées entre les 2 groupes, mais c'est une réalité de terrain qui doit être prise en compte pour une pleine efficacité de cette démarche. Le caractère dangereux ou sécurisé des éléments étudiés est défini à la fin de la grille d'évaluation, ce qui limite les biais liés à une éventuelle appréciation subjective des intervenantes selon qu'il s'agit du groupe avec ou sans trousse.

Grâce à ce programme la visite de certains logements insalubres a permis la constitution de dossiers pour la commission des logements. Le détecteur de fumée a été jugé indispensable à ce type d'habitation.

Le bon déroulement de cette étude pilote à l'échelle de 4 communes a sans doute été favorisé par une sensibilisation préalable de cette communauté urbaine aux problèmes des accidents et à leur prévention, et au développement d'un programme de santé communautaire fondé sur un partenariat et une multidisciplinarité dans l'approche préventive des accidents à Boulogne-Billancourt. Pour implanter cette intervention à plus grande échelle, il sera nécessaire de recréer cette dynamique, autour notamment de relais locaux.

4. Conclusion

Comme dans l'expérience du Bas-Saint-Laurent, ces premiers résultats montrent que les visites à domicile organisées en routine par les services de PMI constituent une opportunité permettant d'aborder la prévention des accidents d'enfants. La distribution gratuite de trousses de prévention, accompagnée de conseils simples à adopter, permet à des familles souvent défavorisées de modifier leur comportement et d'aménager leur appartement en vue de plus de sécurité, même pour des risques qui n'étaient pas couverts par la trousse. Toutes les intervenantes des services de PMI ont souhaité la poursuite de cette démarche pour l'intégrer dans leur pratique quotidienne.

En dépit des différences entre les pays où cette trousse a été implantée (la Belgique est en train d'expérimenter ce programme et les premiers résultats vont dans le même sens que ceux du Québec et de la France) on observe des résultats positifs tout à fait superposables. Ce protocole multicentrique international apporte ainsi à cet outil de prévention et à son mode de délivrance (subventionnement, visites à domicile, conseils adaptés) une forme de validation pour une utilisation à grande échelle.

Références

[1] Rogmans W. Les accidents domestiques et de loisirs des jeunes de moins de 25 ans dans l'Union européenne : défis pour demain. Santé publique 2000;12:283–98.

[2] Inserm. Causes médicales des décès. Résultats définitifs France. Liste simplifiée S9. Paris, 1999 Inserm/SC 8.

[3] World Health Organization. Manifest for Safe Communities. Proceedings of the 1st World Conference on Accident and Injury Prevention. Stockholm. Geneva, Who; 1989.

[4] Sundström M, Svanström L. Criteria for the safe community network. Stockholm. Who Collaborating Center Karolinska Institute; 1996.

[5] Miller TR, Levy DT. Cost-outcome analysis in injury prevention and control: eighty-four recent estimates for the United-States. Med Care 2000;38:562–82.

[6] Dowswell T, Towner EM, Simpson G, Jarvis SN. Preventing childhood unintentional injuries- what works? A literature review. Inj Prev 1996;2:140–9.

[7] Roberts I, Power C. Does the decline in child injury mortality vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991. BMJ 1996;313:784–6.

[8] Leduc S. Évaluation d'une trousse de prévention des traumatismes à domicile survenant à de jeunes enfants. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation. Québec : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ; 1999.

[9] Chevallier B, Bruneau C, Leroux G, Sznajder M, Auvert B. Approche communautaire de la prévention des accidents de l'enfant. Concept et application pratique : le programme de la ville de Boulogne-Billancourt 1998-2002. Ann Pédiatr (Paris) 1999;46:330–6.

[10] Sznajder M, Chevallier B, Leroux G, Bruneau C, Yacoubovitch J, Auvert B. Fréquence des accidents de l'enfant : premiers résultats de l'observatoire de Boulogne-Billancourt. Rev Epidém Santé Publ 2001;49:125–39.

[11] Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. BMJ 1996;312:29–33.

[12] Mallonee S. Evaluating injury prevention programs: the Oklahoma City Smoke Alarm Project. Future Child 2000;10:164–74.

[13] DiGuiseppi C, Slater S, Roberts I, Adams L, Sculpher M, Wade A, et al. The "Let's Get Alarmed!" initiative: a smoke alarm giveaway programme. Inj Prev 1999;5:177–82.

[14] King WJ, Klassen TP, Leblanc J, Bernard-Bonnin AC, Robitaille Y, Pham B, et al. The effectiveness of a home visit to prevent childhood injury. Pediatrics 2001;108:382–8.

[15] Hapgood R, Kendrick D, Marsh P. How well do socio-demographic characteristics explain variation in childhood safety practices? J Public Health Med 2000;22:307–11.

[16] Pless B. The Scientific Basis of Childhood Injury Prevention: A Review of the Medical Litterature. London, England: Child Accident Prevention Trust; 1993.

[17] DiGuiseppi C, Roberts G. Individual-level injury prevention strategies in the clinical setting. Future Child 2000;10:53–82.

ACCIDENTS DOMESTIQUES

LES BAMBINS SENSIBILISÉS

© JAUBERT/SIPA

La campagne de prévention nationale lancée dans les maternelles débute aujourd'hui.

Ils tuent environ 500 enfants par an. Les accidents domestiques sont au centre de la campagne de prévention nationale lancée aujourd'hui dans les écoles maternelles par la sécurité civile et le Groupe 02, une société de services à domicile. Objectif : faire prendre conscience aux bambins et à leurs parents que la maison et ses abords sont des lieux à haut risque. Et chaque pièce renferme son lot de dangers.

Piscines sous haute surveillance

Premier endroit à surveiller, l'extérieur de la maison, le jardin et le garage, où se déroulent un quart des accidents des petits. Les produits toxiques, pour le nettoyage ou la peinture, doivent être systématiquement refermés et rangés en hauteur, hors de portée des plus jeunes. Idem pour les outils de jardinage. Les jeux d'extérieur, comme la balançoire, et bien sûr les piscines, nécessitent une surveillance permanente. Mais le danger peut également venir de la maison elle-même, et notamment des escaliers. Une barrière fermée permet d'empêcher son accès à un enfant qui ne sait pas l'emprunter calmement. Dans la cuisine – théâtre de 15 % des accidents – gare aux brûlures, notamment à cause du four ou des plaques chauffantes. Dans la chambre, enfin, où surviennent 10 % des incidents, le lit ne doit pas être investi par une colonie de peluches susceptibles d'étouffer l'enfant. Plus globalement, la campagne met l'accent sur la prévention des chutes, qui restent le principal risque pour les 0-6 ans. •

FGSM2

FGSP2

1, place Alphonse Laveran – 75230 PARIS cedex 05
Tel : 01.40.51.69.04 – Fax : 01.40.51.6908

CONCOURS D'ADMISSION A L'ECOLE DE SANTE DES ARMEES

EPREUVE ECRITE DE CULTURE GENERALE

Catégorie et formation générale en sciences médicales ou pharmaceutiques (FGSM2 et FGSP2)

Durée : 4 heures
Coefficient : 4

Mercredi 3 avril 2013 à 14h00 (heure de Paris)

Avertissement* : *Il sera tenu compte de la qualité de la présentation des copies et de l'orthographe

A partir des documents qui vous sont fournis, réalisez une synthèse sur « les causes et la prévention des accidents de la route en France», et formulez brièvement un avis argumenté.

Document 1 :
Facteurs humains et causalité des accidents de la route, extrait de *Téléphone et sécurité routière,* INSERM, 2010

Document 2 :
Extrait du *Rapport d'information* de l'Assemblée nationale, relatif à l'analyse des causes des accidents de la circulation et à la prévention routière, 2011

Document 3 :
Les accidents de la route, première cause de décès chez les jeunes, in *Soins Aides-Soignantes, vol.8, n°41*, 2011

Document 4 :
La sécurité routière en Midi-Pyrénées 2010, rapport de la Préfecture de la région Midi-Pyrénées, 2011

Document 5 :
Les clés du coup de frein, in *Direct matin* du 25 janvier 2013

Document 6 :

Stupéfiants et accidents mortels (projets SAM) – Analyse épidémiologique, Introduction, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2011

Document 7 :

Prévention des accidents de la route liés au travail. Les médecins ont-ils un rôle à jouer ?, *Arch. mal. prof.*, 2004

Expertise collective

Téléphone et sécurité routière

Depuis les années 1970 en France, la sécurité routière a fait l'objet d'une politique soutenue. La conduite d'un véhicule est une tâche complexe dont la performance dépend de nombreux facteurs individuels et environnementaux. Téléphoner pendant la conduite est une distraction susceptible d'augmenter le risque d'accidents. L'usage du téléphone tenu en main en conduisant est interdit en France depuis 2003. Le développement de nouveaux systèmes télématiques et en particulier de téléphones embarqués dans les véhicules justifie d'évaluer le risque lié associé à l'utilisation de ces nouveaux systèmes de communication.

Cette expertise collective demandée par la Délégation à la sécurité et à la circulation routières rassemble les connaissances visant à comprendre comment téléphoner agit sur les processus d'attention pendant la conduite. Elle propose une estimation du risque d'accident lié à cette distraction à partir des données nationales et internationales et ouvre la voie à différentes perspectives d'actions et de recherche pour éclairer la décision publique.

Prix : 30 €

ISBN 978-2-85598-879-9
ISSN 1264-1782

Inserm
www.inserm.fr

Expertise collective

Téléphone et sécurité routière

IFSTTAR | Inserm

Téléphone et sécurité routière

Expertise collective

IFSTTAR Institut des sciences et technologies

Inserm
Institut national de la santé et de la recherche médicale

Téléphone et sécurité routière