

JUILLET 2021

ACCIDENTS
DE LA VIE COURANTE

ÉTUDES ET ENQUÊTES

LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE
CHEZ LES ENFANTS DE MOINS
DE 15 ANS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Analyse des données de l'enquête permanente
sur les accidents de la vie courante (EPAC)
sur la période 2014-2018

Résumé

Sur la période 2014-2018, 208 735 passages aux urgences pour accidents de la vie courante (AcVC) d'enfants de moins de 15 ans ont été enregistrés dans les sept hôpitaux du réseau EPAC (Enquête permanente des accidents de la vie courante) inclus pour cette étude. Les recours aux urgences pour AcVC étaient plus fréquents chez les très jeunes enfants (1-3 ans) et les « pré-adolescents » (10-13 ans) par rapport aux enfants des autres classes d'âge.

Les circonstances de ces AcVC suivent les grandes étapes du développement de l'enfant : plutôt dans le cadre domestique chez les très jeunes alors que la part des accidents à l'école, sur des aires de sport et de jeux augmente après 5 ans. Les chutes représentaient le mécanisme le plus fréquent. Le taux d'hospitalisation suite à un passage aux urgences était plus important chez les moins de 1 an (11 % vs entre 4 et 6 % chez les plus âgés), signe d'une sévérité possible plus importante de ces AcVC dans ce groupe d'âge et certainement d'une plus grande prudence des médecins. Les AcVC par asphyxie ou suffocation et les AcVC par effets chimiques présentaient des taux d'hospitalisation élevés, respectivement 18 % et 19 %, signe de leur gravité.

Entre 2014 et 2018, le nombre de passages aux urgences pour AcVC est resté globalement stable. Néanmoins, en dépit de cette stabilité, les caractéristiques des passages pour AcVC selon l'âge, le mécanisme et les lésions ont évolué sur la période.

Au vu de ces résultats, il ressort que les mesures de prévention devraient cibler en priorité les chutes, accidents les plus fréquents et qui peuvent conduire à des lésions graves, comme les traumatismes crâniens. Elles devraient également cibler les accidents par toxiques et les accidents par asphyxies/suffocations, en raison de leur sévérité.

MOTS CLÉS : ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE; TRAUMATISMES ; ENFANTS ; SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ; PRÉVENTION

Citation suggérée : Les accidents de la vie courante chez les moins de 15 ans en France métropolitaine. Analyse des données de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) sur la période 2014-2018. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021. 30 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2609-2174 / ISBN-NET 979-10-289-0703-7 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / DÉPÔT LÉGAL : JUILLET 2021

Abstract

Over the period 2014-2018, 208,735 emergency units visits for home and leisure injuries (HLIs) in children under 15 years of age were recorded in the seven hospitals belonging to the EPAC network (home and leisure injury permanent survey) included for this study. Emergency visits for HLIs were more frequent in very young children (1-3 years) and "preadolescents" (10-13 years) compared with children in other age groups.

The circumstances of these HLIs followed the major stages of child development: the youngest children were more likely to be involved in accidents at home, whereas the proportion of accidents at school, on sports fields and in playgrounds increased after age 5. Falls were the most frequent occurrence. The hospitalization rate following a visit to the emergency ward was higher in the under-1-year-olds (11% versus 4-6% in the older age group), indicating a possible greater severity of these HLIs in this age group and certainly greater caution on the part of physicians. HLIs due to asphyxiation/suffocation and chemical effects had high hospitalization rates, 18% and 19%, respectively, a sign of their severity.

Between 2014 and 2018, the number of emergency visits for HLIs remained stable overall. Nevertheless, despite this stability, the characteristics of visits for HLIs by age, mechanism, and injury changed over the period.

These results indicate that prevention measures should focus on falls, which are the most frequent accidents and can lead to serious injuries, such as head trauma. They should also target toxic accidents and asphyxiation/suffocation accidents, because of their severity.

KEY WORDS: HOME AND LEISURE INJURIES; TRAUMA; CHILDREN; EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE; PREVENTION

Auteurs

Louis-Marie Paget, Annabel Rigou, Nathalie Beltzer

(Santé publique France, Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes)

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des personnes du réseau EPAC : Réseau Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) - Cordelia Abric¹, Amandine Adolff³, Laurie Billaud³, Elodie Bobe³, Marie-Pierre Boucounaud⁶, Aline Boutrin¹, Clarisse Carlioz¹, Johanie Chavoix⁴, Isabelle Claudet⁸, Xavier Courtois¹, Jérôme Defosse², Virginie Dubois⁹, Damien Dufour⁵, Stéphanie Guyet Job⁵, Isabelle Jean², Mireille Mante⁷, Véronique Mésager⁶, Virginia Messeant⁹, Lydie Morin⁴, Marc Nectoux¹¹, Mélanie Quibeuf⁵, Claudine Schutz¹⁰, Gwendoline Simeon¹⁰, Valérie Scheffer¹⁰

¹ Centre hospitalier Annecy-Genevois, Annecy, France

² Centre hospitalier Haute-Gironde, Blaye, France

³ Centre hospitalier du Sud Seine et Marne, site de Fontainebleau, France

⁴ Centre hospitalier de Fougères, France

⁵ Groupement hospitalier du Havre, France

⁶ Centre hospitalier universitaire de Limoges, France

⁷ Hôpital de la Timone (AP-HM), Marseille, France

⁸ Centre hospitalier universitaire de Toulouse, France

⁹ Centre hospitalier de Tourcoing, France

¹⁰ Centre hospitalier de Verdun, France

¹¹ Université Paris-Descartes, France

Sommaire

Résumé.....	1
Abstract.....	2
Remerciements	3
Sommaire.....	4
INTRODUCTION	5
MÉTHODE.....	6
Source de données	6
Période d'étude, population d'étude, hôpitaux participants	6
Analyse des données	6
RÉSULTATS	7
Caractéristiques démographiques des victimes d'AcVC	7
Circonstances de survenue des accidents : lieu, activité, mécanisme, produit	8
Lieu de survenue de l'accident.....	8
Activité au moment de l'accident.....	9
Mécanisme de l'accident.....	11
Produit impliqué dans l'accident.....	14
Conséquence de l'accident.....	14
Évolution du nombre de passages aux urgences pour AcVC chez les enfants de moins de 15 ans sur la période 2014-2018	22
DISCUSSION	25
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	28
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	29
ANNEXES	30

INTRODUCTION

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont définis comme des traumatismes non-intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation routière, ni des accidents du travail [1]. Les AcVC regroupent ainsi les accidents domestiques, les accidents de sports et de loisirs, les accidents survenus à l'école et tous ceux survenant à un autre moment dans la vie privée.

Les AcVC constituent un enjeu majeur de santé publique, en particulier chez les moins de 15 ans et leur prévention fait l'objet d'une action de la stratégie nationale de santé 2018-2022. En effet, ils sont responsables chaque année de plus de 200 décès d'enfants de moins de 15 ans [2]. Malgré une baisse de la mortalité observée entre 2000 et 2012, ces accidents restent la première cause de décès chez les enfants de 1 à 14 ans, ainsi que la principale cause de décès par traumatisme pour cette tranche d'âge. Par ailleurs, les AcVC seraient à l'origine de 2,4 millions de recours à des professionnels de santé, chez les moins de 15 ans en France [3].

Les AcVC ne sont pas le fruit du hasard et une part importante pourrait être évitée par la mise en place de mesures de prévention pertinentes [4]. Aussi, il est essentiel de disposer de données descriptives détaillées et actualisées des caractéristiques des AcVC et de leurs circonstances afin de pouvoir cibler au mieux les actions de prévention auprès des jeunes.

L'objectif de cette étude était de décrire, à partir de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) pour les années 2014 à 2018, les caractéristiques des enfants pris en charge aux urgences, les circonstances de survenue des AcVC, leurs conséquences en termes de lésions et de prise en charge et d'étudier comment a évolué l'épidémiologie des AcVC sur cette période.

MÉTHODE

Source de données

Les accidents de la vie courante (AcVC) ont été décrits à partir des données de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante (EPAC). Cette enquête repose sur l'enregistrement depuis 2004 des recours aux urgences pour AcVC dans dix d'hôpitaux en France. Les données, collectées de façon exhaustive, portent sur la personne accidentée (âge, sexe, résidence), les caractéristiques de l'accident (mécanisme, lieu, activité, produits). Dans EPAC, sont désignés par le terme produit tous les agents impliqués dans la survenue de l'accident, à savoir aussi bien des objets (table à langer, ballon, trampoline, etc.), des éléments de construction (escalier, mur, le sol, porte, etc.), que des personnes ou des animaux. Enfin, des informations sur les conséquences des AcVC (lésions, parties lésées et sur la prise en charge de l'accidenté), sont également collectées dans EPAC [5].

Période d'étude, population d'étude, hôpitaux participants

Tous les AcVC enregistrés entre 2014 et 2018 dans la base EPAC chez les enfants de moins de 15 ans en France métropolitaine ont été sélectionnés. Seules les données des 7 hôpitaux (services d'urgences pédiatriques ou services d'urgences générales) ayant recueilli les données sur l'ensemble de la période 2014-2018 ont été considérées dans cette analyse, soit : le centre hospitalier (CH) Annecy-Genevois, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Limoges, le groupement hospitalier du Havre (GH), le centre hospitalier de Haute-Gironde (CH), le centre hospitalier universitaire de La Timone à Marseille (CHU), le centre hospitalier de Verdun (CH), le centre hospitalier de Fontainebleau (CH).

Analyse des données

Des analyses ont été réalisées afin de décrire les caractéristiques démographiques des victimes, les circonstances de survenue des AcVC (lieu de survenue de l'accident, activité pratiquée au moment de l'accident, mécanisme, produit/agent impliqué dans l'accident), les conséquences des AcVC (lésions, partie lésée, prise en charge). Pour certaines variables, la proportion de valeurs manquantes était importante : elle représentait par exemple un tiers pour les produits ou les activités (cf. annexe: tableau A1.1). Les analyses descriptives ont été réalisées en regroupant les années de la période d'étude (2014 à 2018) afin d'avoir suffisamment de puissance statistique pour stratifier les analyses selon l'âge. Les résultats ont été présentés globalement pour l'ensemble des enfants de moins de 15 ans victimes d'AcVC et selon l'âge (en années révolues). L'évolution du nombre de passage sur la période 2014-2018 a également été décrite pour l'ensemble des passages aux urgences et pour les passages suivis d'une hospitalisation, considérés comme étant les cas les plus sévères. Il n'a pas été possible de calculer de taux d'incidence car la population couverte par les 7 services d'urgences inclus dans cette étude ne peut pas être déterminée rigoureusement.

L'évolution sur la période 2014-2018 de la répartition des AcVC a été étudiée selon l'âge, le mécanisme et les lésions, variables pour lesquelles la proportion de valeurs manquantes était faible pour produire des résultats pertinents. Des modèles de poisson à variance robuste ont été utilisés pour tester la significativité des tendances temporelles sur la période 2014-2018.

Les résultats ont été présentés en excluant les données manquantes. Toutes les analyses ont été produites à l'aide du logiciel SAS.

RÉSULTATS

Caractéristiques démographiques des victimes d'AcVC

Sur la période 2014-2018, en métropole, les 7 hôpitaux du réseau EPAC inclus dans l'analyse ont enregistré 208 735 passages aux urgences pour accidents de la vie courante chez les enfants de 0 à 14 ans, soit en moyenne près de 41 000 par an. Le nombre de passages aux urgences pour AcVC variait selon l'hôpital (Tableau 1).

Plus de la moitié de ces recours aux urgences pour AcVC (56 %) concernait des garçons. L'âge moyen des enfants pris en charge était de 6,9 ans et l'âge médian était de 7 ans. Le nombre de passage aux urgences pour AcVC variait selon l'âge. Un premier « pic » était observé chez les enfants de 1 an, chez les garçons comme chez les filles et un second « pic » moins marqué était observé chez les garçons et chez les filles de 11 ans (Figure 1).

Tableau 1. Répartition des passages aux urgences pour AcVC selon l'hôpital, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

Hôpital	n (%)
Blaye ^a	9120 (4,4)
Fontainebleau ^b	20122 (9,6)
Verdun ^c	13476 (6,5)
La Timone, Marseille ^d	49821 (23,9)
Annecy ^e	26300 (12,6)
Le Havre ^f	52776 (25,3)
Limoges ^g	37120 (17,8)
Total	208 735 (100)

^a Centre hospitalier Haute-Gironde, Blaye, France,

^b Centre hospitalier du Sud Seine et Marne, site de Fontainebleau, France

^c Centre hospitalier de Verdun, France

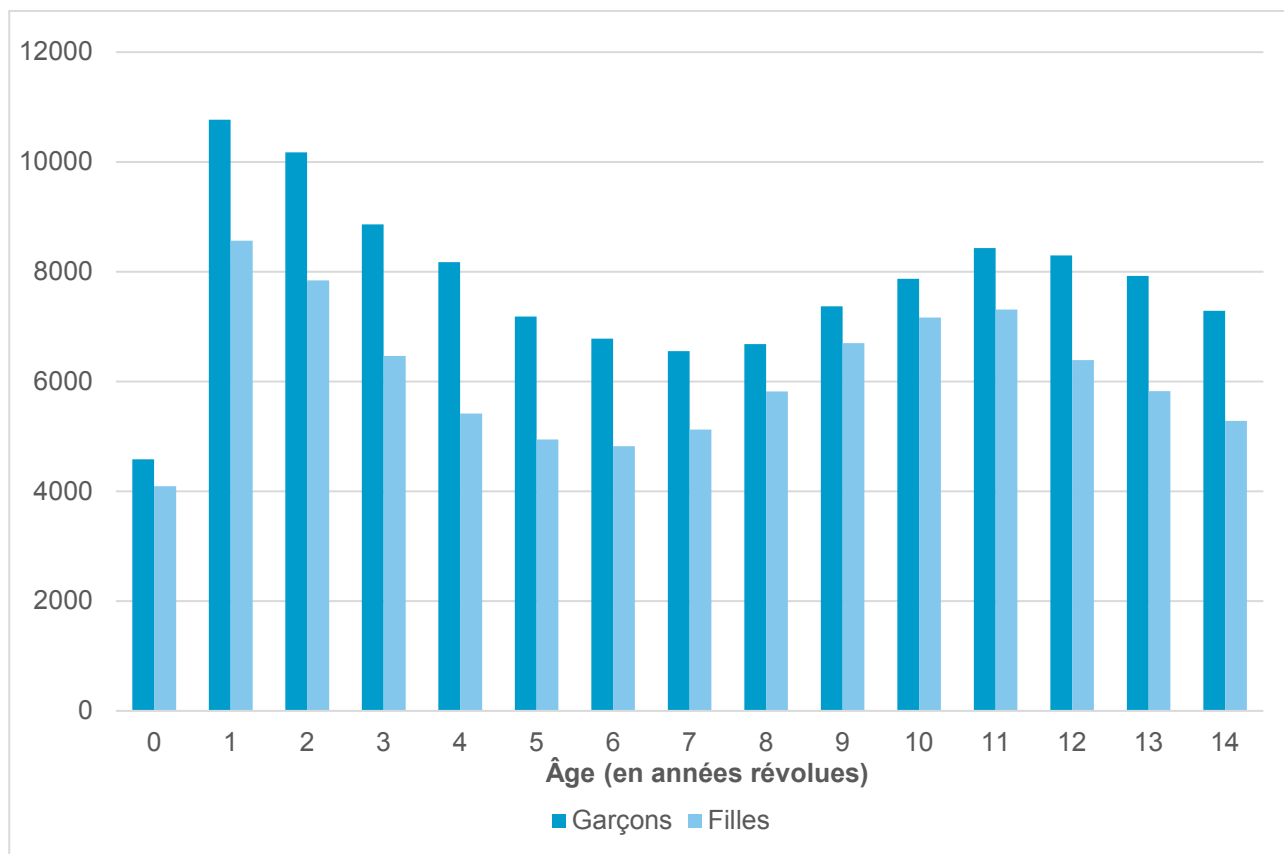
^d Hôpital de la Timone (AP-HM), Marseille, France

^e Centre hospitalier Annecy-Genevois, Annecy, France

^f Groupement hospitalier du Havre, France

^g Centre hospitalier universitaire de Limoges, France

Figure 1. Nombre de passages aux urgences suite à un AcVC, chez les garçons et chez les filles, par âge, EPAC 2014-2018, France métropolitaine



Circonstances de survenue des accidents : lieu, activité, mécanisme, produit

Lieu de survenue de l'accident

Chez les enfants de moins de 15 ans, près de la moitié des AcVC pris en charge aux urgences (49 %) survenait dans l'habitat, parmi lesquels 80 % ont eu lieu à l'intérieur et 20 % à l'extérieur (jardin, ...). Venaient ensuite les lieux d'enseignement et les lieux publics pour près d'un quart (23 %), les aires de sport et de jeux pour près d'un cas sur cinq (19 %) et enfin les zones de transport (Figure 2).

L'habitat était le lieu privilégié de survenue des AcVC chez les enfants jusqu'à l'âge de 8 ans. Chez les enfants de 9-11 ans, les AcVC survenaient le plus souvent dans les lieux d'enseignement et les lieux publics, et les enfants de 12 ans et plus étaient victimes d'AcVC, le plus fréquemment, sur les aires de sport et de jeux (Figure 3).

Figure 2. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon le lieu de survenue, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

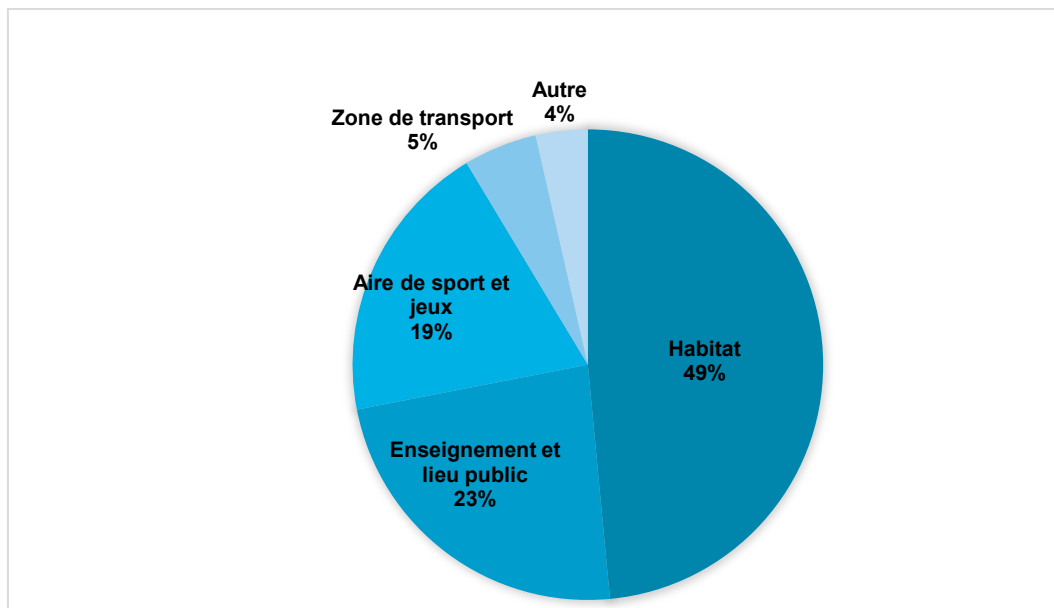
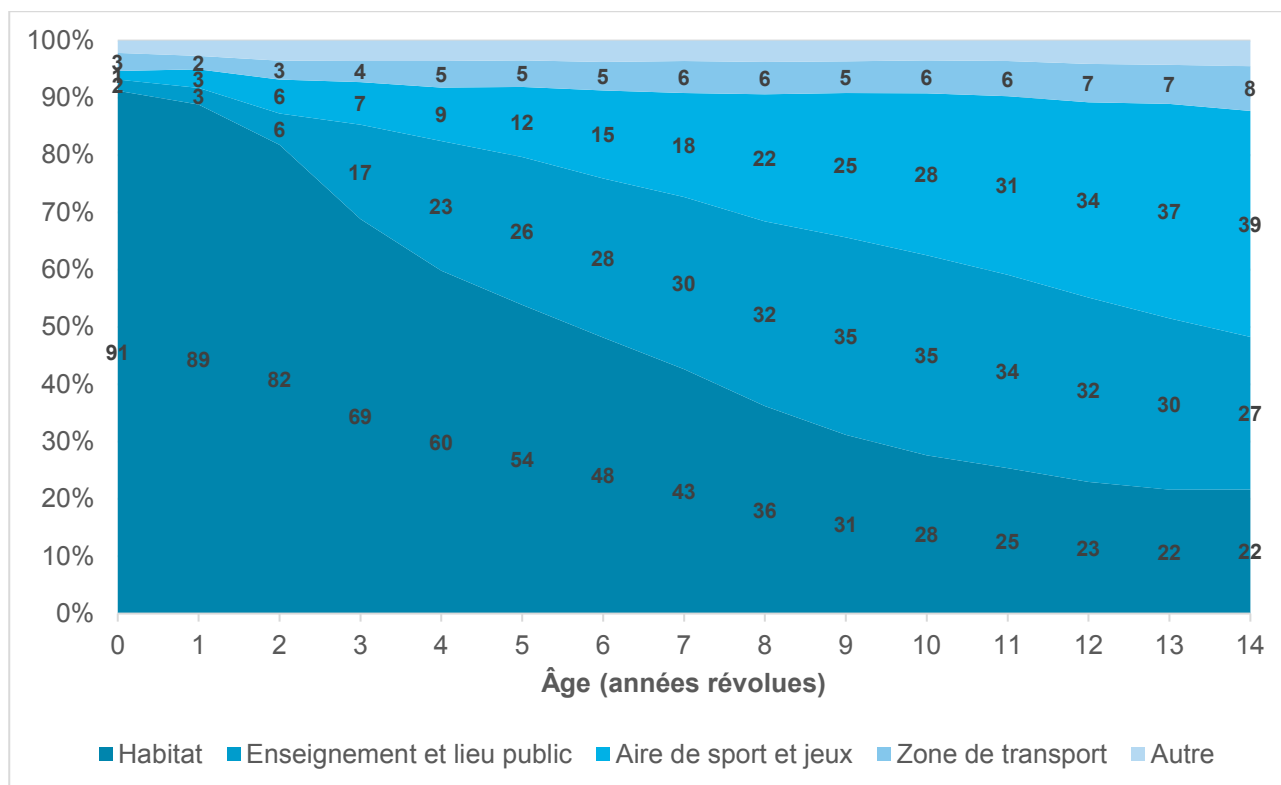


Figure 3. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon le lieu de survenue par âge en %, EPAC 2014-2018, France métropolitaine



Activité au moment de l'accident

L'activité la plus fréquente à l'origine des AcVC chez les 0-14 ans pris en charge aux urgences étaient les jeux et loisirs (53 % d'AcVC). Venaient ensuite le sport (20 %) et la marche (11 %), (Figure 4). Les activités pratiquées au moment de l'accident différaient selon l'âge. Les accidents lors d'activités de jeux et de loisirs représentaient plus des deux tiers des AcVC chez les 3-7 ans. Chez les moins de 1 an, les AcVC survenaient le plus souvent (42 %) lors d'activité vitale (boire,

manger, dormir). Après 11 ans, les AcVC survenaient le plus souvent aux cours d'activités sportives (Figure 5).

Figure 4. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon l'activité, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

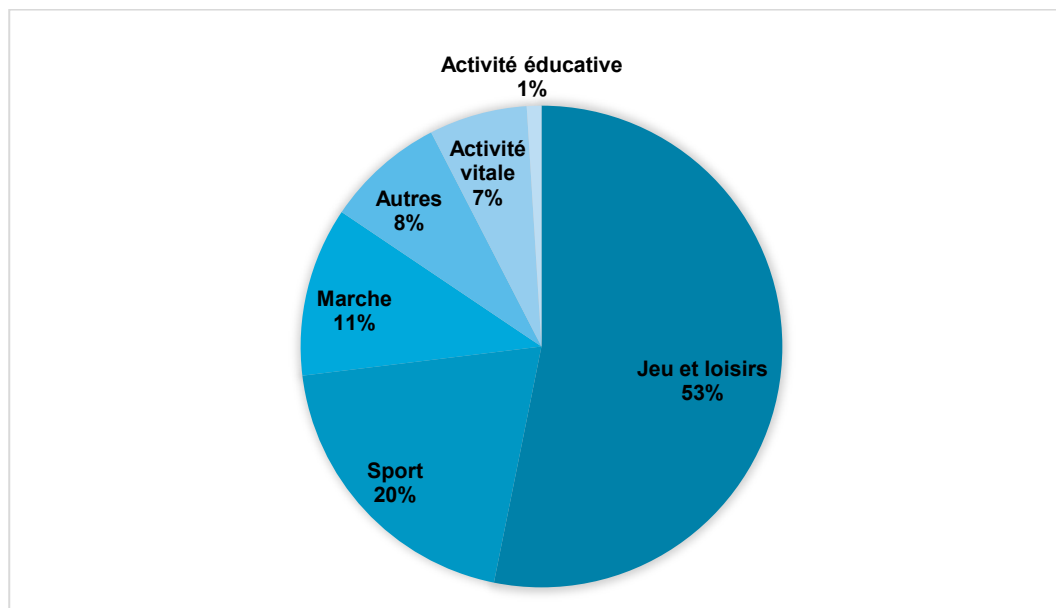
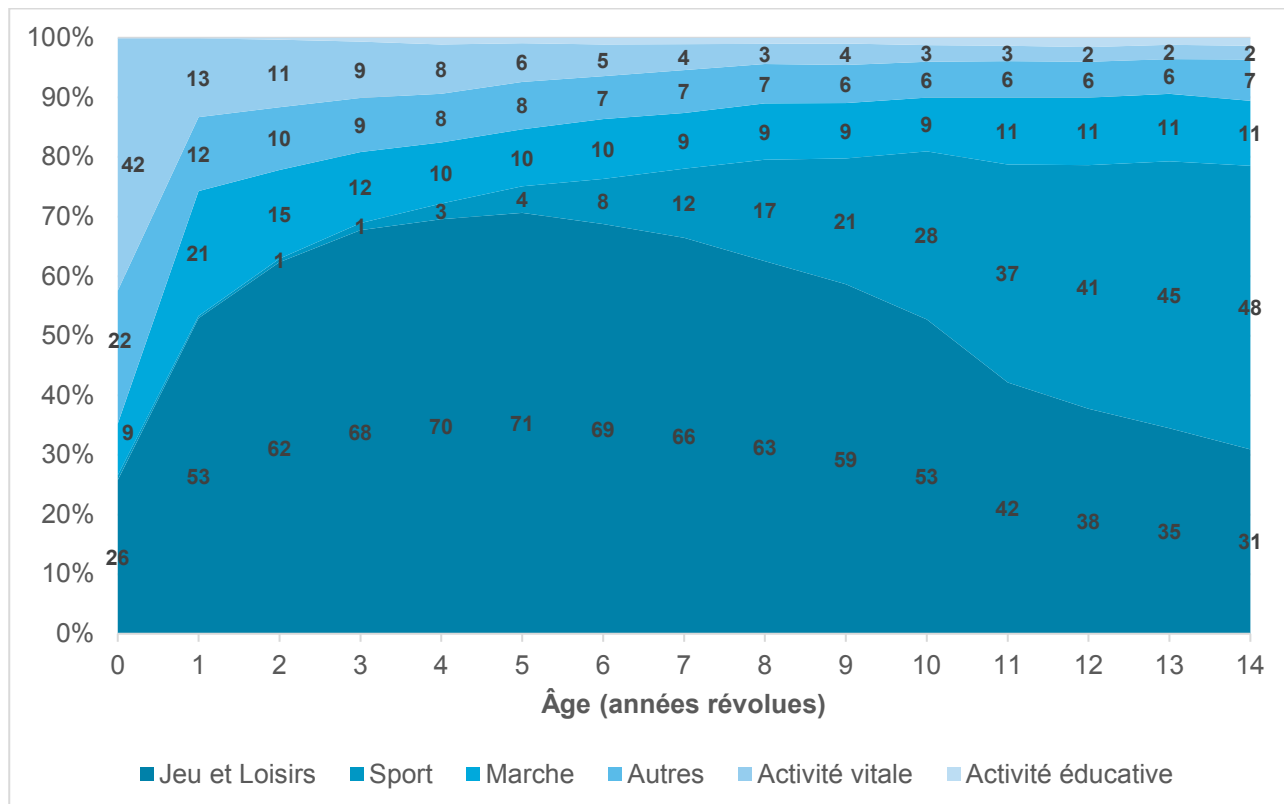


Figure 5. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon l'activité par âge en %, EPAC 2014-2018, France métropolitaine



Mécanisme de l'accident

Les chutes constituaient le mécanisme le plus fréquent (55 %) à l'origine des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants de 0 à 14 ans. Venaient ensuite les coups (22 %), les écrasements/coupures (9 %), les surmenages physiques (6 %) et les corps étrangers (absorption, inhalation ou insertion) (3 %) (Figure 6).

La chute était le mécanisme le plus fréquent quel que soit l'âge : elle constituait les deux tiers (65 %) des AcVC chez les moins de 1 an (Figure 7) et cette proportion diminuait après 1 an et représentait 49 % des AcVC à 14 ans. Les coups augmentaient avec l'âge: la part des AcVC par coups était de 13 % chez les moins d'un an, 23 % chez les enfants de 7 ans et 28 % chez les enfants âgés de 14 ans. Les AcVC dus aux écrasement/coupure/perforation concernaient toutes les classes d'âges, mais plus particulièrement les enfants âgés de 1 à 8 ans. Les AcVC dus aux corps étrangers (ingérés ou coincés dans un orifice naturel) étaient plus fréquents chez les jeunes enfants (1 à 4 ans).

Les mécanismes « autres » étaient plus fréquents chez les 0-3 ans. Les mécanismes « autres » les plus souvent retrouvés étaient : les empoisonnements ou intoxications (2 à 3 % des AcVC chez les 0-3 ans), les brûlures par liquides chauds (2 % des AcVC chez les moins d'un an, 3 % chez les 1 an, et moins de 1 % chez les 2-3 ans), les brûlures par solides chauds (2 % chez les 0-1 an et moins de 1 % chez les 2-3 ans) et les asphyxies/suffocations (1 % chez les moins d'un an et moins de 1 % pour les 1-3 ans).

Figure 6. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon le mécanisme, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

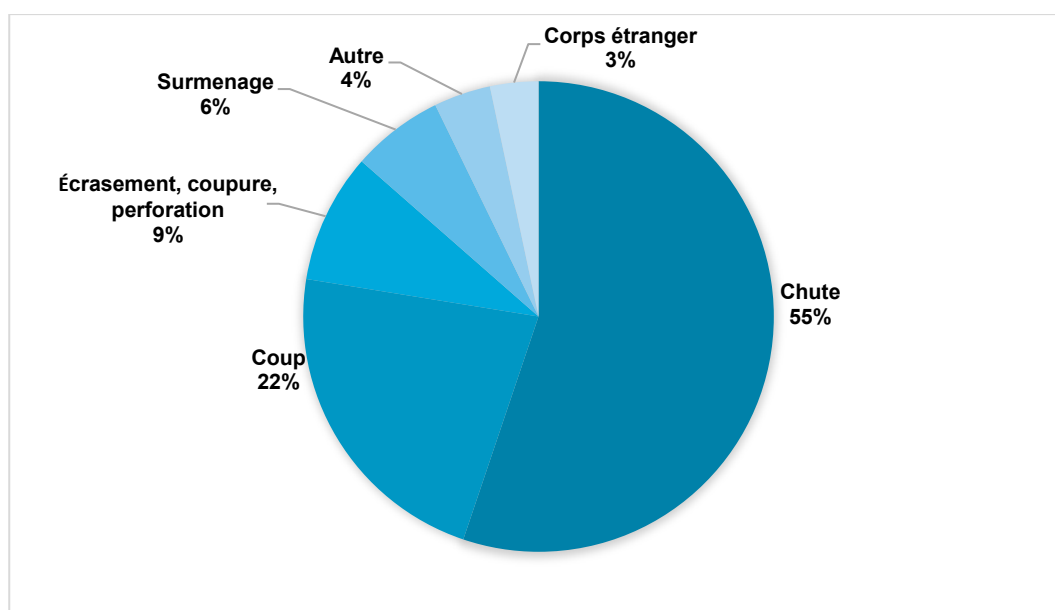
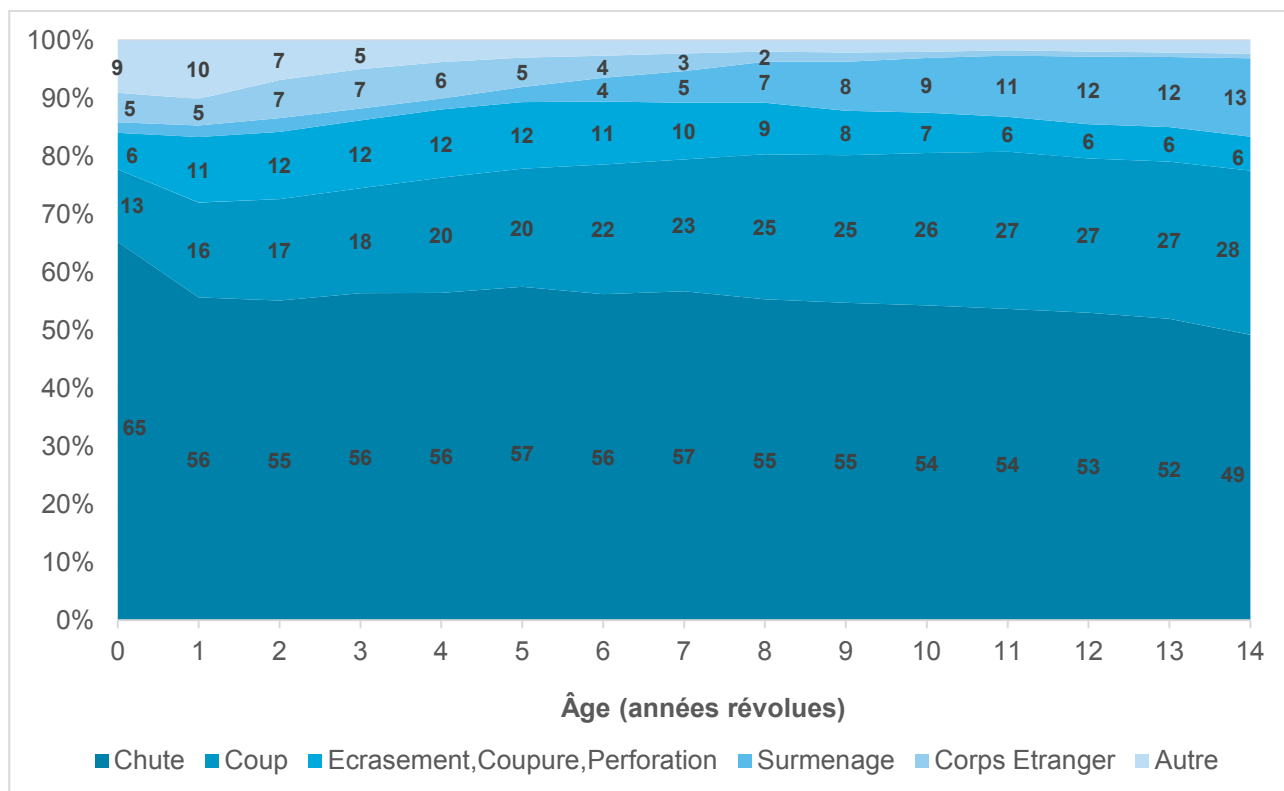


Figure 7. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon le mécanisme par âge en %, EPAC 2014-2018, France métropolitaine



Parmi les 108 842 passages aux urgences pour chute la majorité était des chutes du même niveau (64 %). Les autres types de chutes les plus fréquents étaient dans l'ordre : les chutes de moins d'un mètre (18 %), les chutes dans un escalier (7 %) et les chutes d'un mètre ou plus (6 %) (Figure 8).

Les types de chutes variaient avec l'âge. Les chutes d'un même niveau étaient le type de chute le plus souvent retrouvé chez les enfants de 1 à 14 ans. Elles représentaient 54 % des chutes parmi les enfants de 1 an, 65 % parmi les enfants de 5 ans et 70 % des chutes chez les enfants de plus de 5 ans. Chez les enfants de moins d'un an ce type de chute était moins fréquent (21 %).

Les chutes d'une faible hauteur (chute de moins d'un mètre) concernaient plutôt les enfants de moins d'un an (61 %). Chez les enfants de 1 à 14, ces chutes étaient moins fréquentes ; elles représentaient 27 % des chutes chez les enfants d'un an, 12 % chez les enfants de 7 ans, 9 % chez les enfants 14 ans.

Les chutes dans les escaliers étaient peu fréquentes quel que soit l'âge. Elles étaient légèrement plus fréquentes chez les enfants entre 1 à 3 ans (entre 7 % et 9 % des chutes) et chez les 11-14 ans (entre 8 % et 9 % des chutes).

Enfin, les chutes d'un mètre ou plus étaient moins fréquentes chez les enfants de 1 à 14 ans (environ 5-6 %), mais représentaient 10 % des chutes chez les moins d'un an (Figure 9).

Figure 8. Répartition des chutes prises en charge aux urgences chez les enfants selon le mécanisme, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

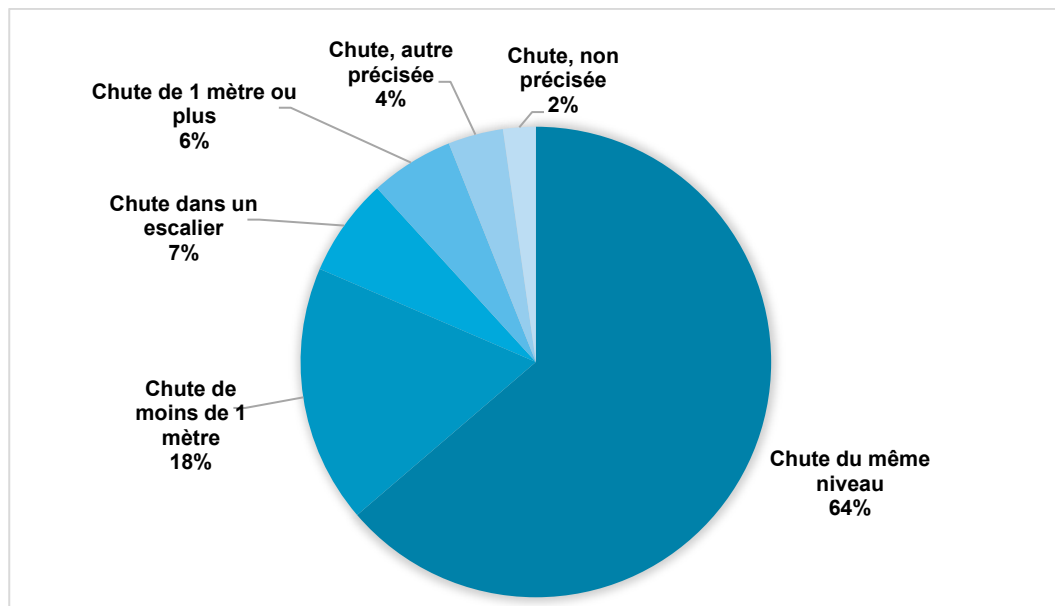
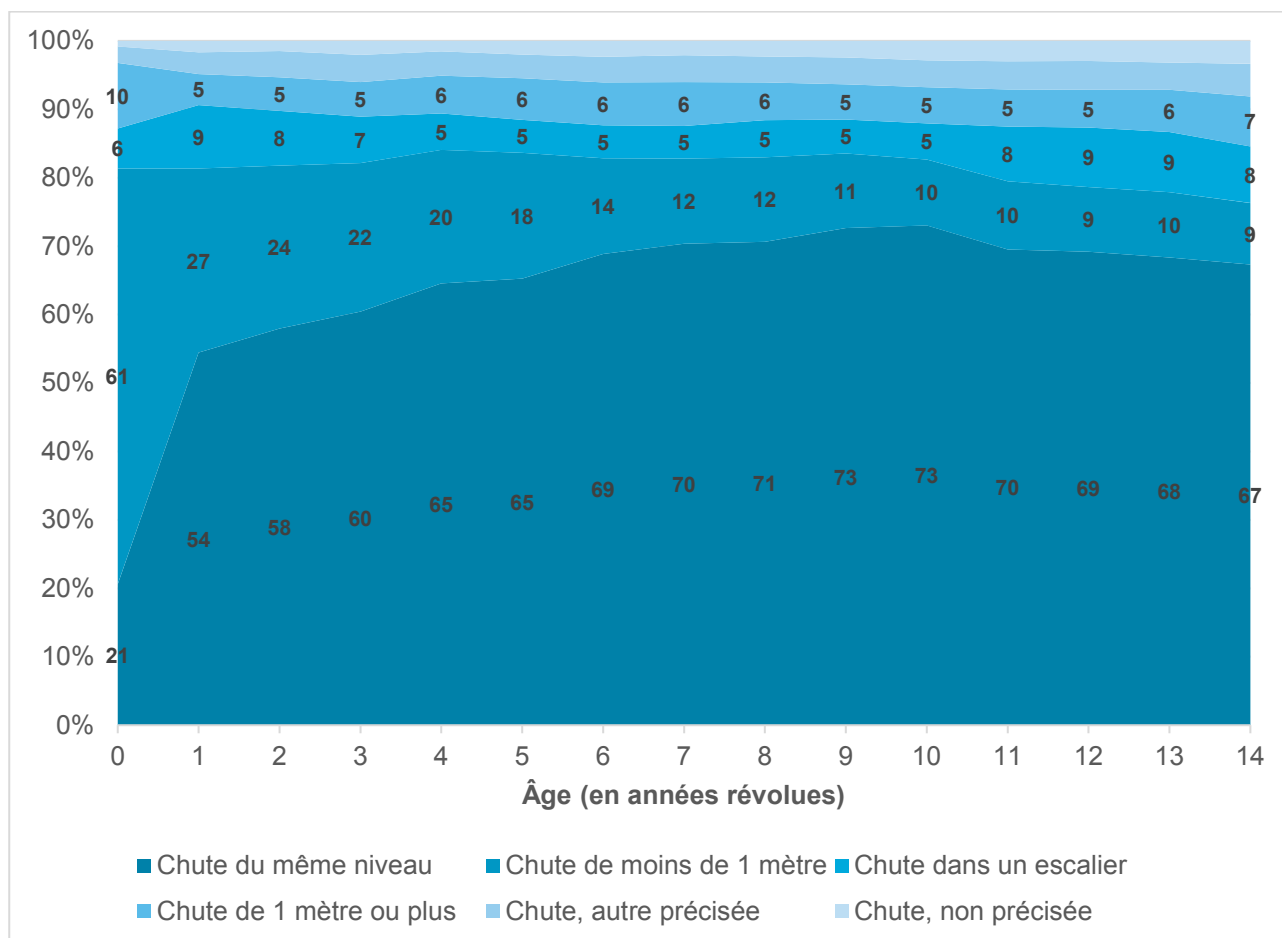


Figure 9. Répartition des chutes prises en charge aux urgences chez les enfants selon le mécanisme par âge en %, EPAC 2014-2018, France métropolitaine



Produit impliqué dans l'accident

Parmi les dix produits/agents les plus souvent impliqués dans les AcVC (pour chaque classe d'âge), 3 étaient retrouvés systématiquement pour toutes les classes d'âges : une tierce personne, le sol et les escaliers. Le produit différait selon l'âge. Chez les plus jeunes (0-4 ans), il s'agissait majoritairement des objets/meubles retrouvés dans le cadre domestique : lits, canapé, table basses. La poussette, table à langer, le transat, le siège pour bébés étaient retrouvés uniquement chez les moins d'un an. Les produits renvoyant à des activités extérieures étaient plus fréquemment retrouvés chez les enfants plus âgés (5 à 14 ans): vélo, trampoline, ballon, toboggan, cheval, trottinette, planche à roulettes (Tableau 2).

Tableau 2. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon le produit et selon l'âge en %, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

<1 an (n=6 777)	1-4 ans (n=43 608)	5-9 ans (n=42 155)	10-14 ans (n=48 373)
Lit (18 %)	Personne (15 %)	Personne (21 %)	Personne (24 %)
Personne (17 %)	Sol (13 %)	Sol (19 %)	Sol (21 %)
Canapé (11 %)	Lit (6 %)	Vélo (4 %)	Ballon (5 %)
Sol (7 %)	Canapé (5 %)	Trampoline (3 %)	Vélo (4 %)
Table à langer (7 %)	Escalier (3 %)	Lit (2 %)	Escalier (3 %)
Poussette (5 %)	Porte (3 %)	Porte (2 %)	Cheval (3 %)
Transat pour bébé (2 %)	Table basse (3 %)	Escalier (2 %)	Trampoline (2 %)
Siège pour bébés (haut) (2 %)	Vélo (2 %)	Ballon (2 %)	Planche à roulettes (1 %)
Siège pour nourrissons (bas) (2 %)	Toboggan (2 %)	Toboggan (1 %)	Porte (1 %)
Escalier (2 %)	Trampoline (1 %)	Trottinette (1 %)	Trottinette (1 %)

Conséquence de l'accident

Lésions résultant de l'accident

Seule la lésion la plus sévère, pour chaque passage aux urgences pour AcVC, a été considérée dans les analyses sur les lésions résultant de l'accident.

Les contusions représentaient 35 % des lésions observées chez les enfants de moins de 15 ans pris en charge aux urgences pour un AcVC. Venaient ensuite les plaies (18 %), les entorses (16 %), les fractures (13 %) et les commotions (3 %). L'ensemble des autres types de lésions (abrasion, luxation, brûlure, amputation, intoxication, etc.) représentait 16 % des passages aux urgences suite à un AcVC (Figure 10).

Les contusions étaient plus fréquentes chez les très jeunes enfants. Elles représentaient 54 % de l'ensemble des lésions chez les moins d'un an et 38 % chez les enfants d'un an. Les plaies étaient particulièrement fréquentes chez les enfants âgés entre 1 et 8 ans. Les entorses étaient plus souvent observées chez les enfants de plus de 5 ans. Les fractures étaient peu fréquentes chez les très jeunes enfants (moins de 3 ans), mais elles représentaient entre 16 et 17 % des lésions retrouvées chez les enfants de 7 ans ou plus (Figure 11).

Figure 10. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon la lésion, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

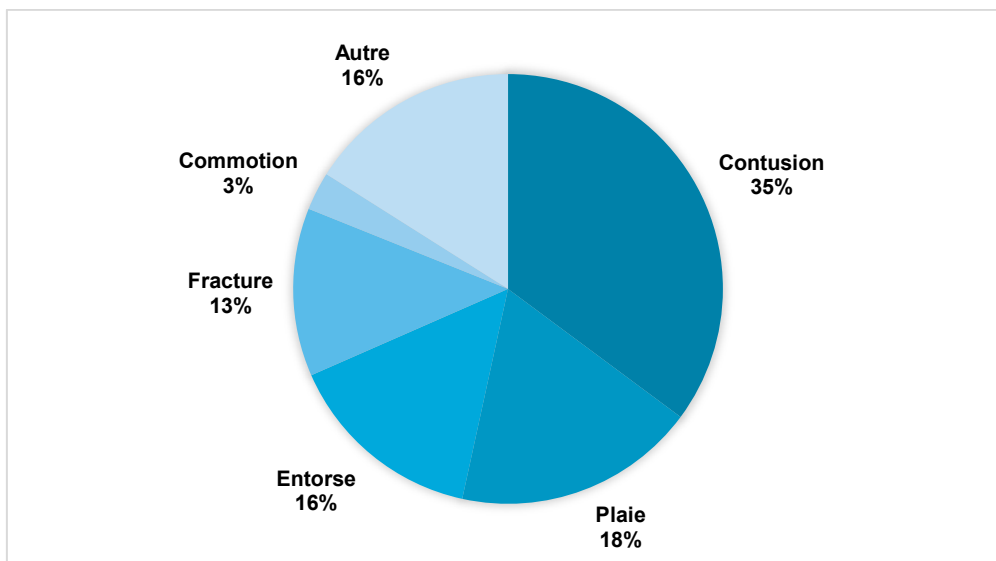
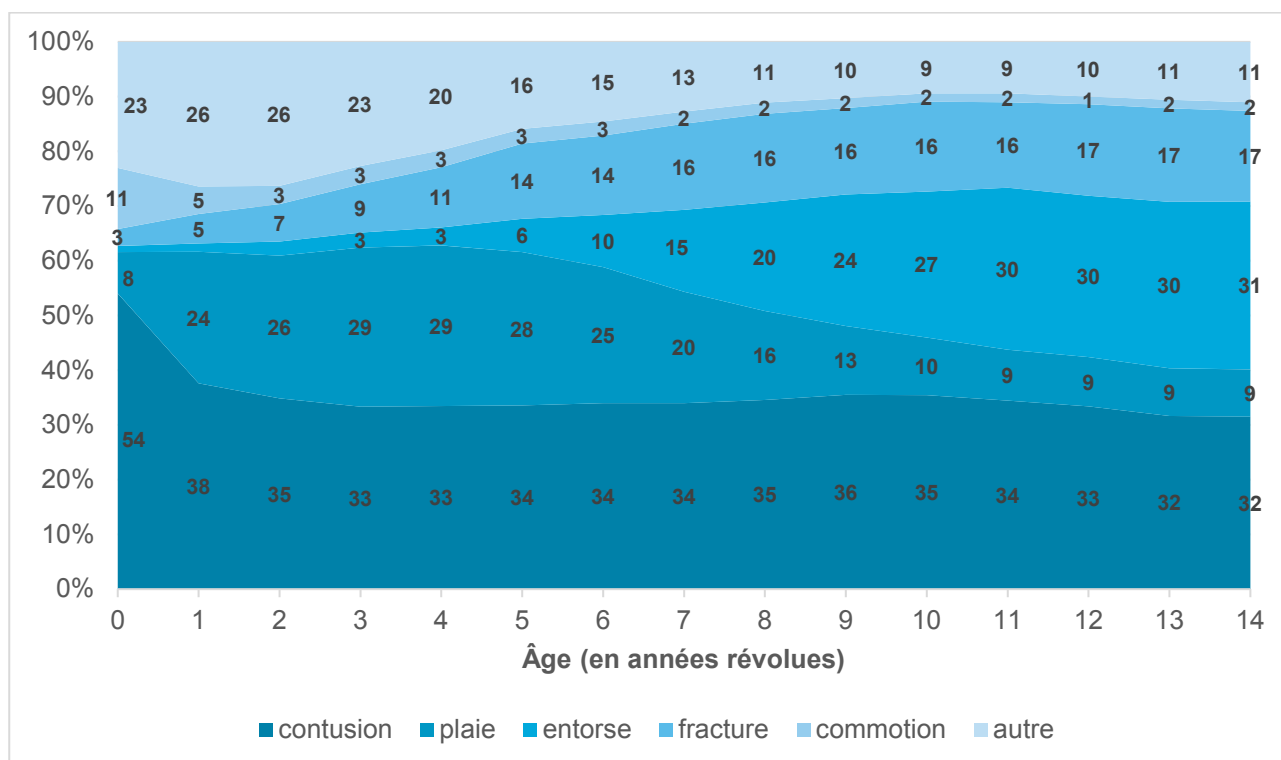


Figure 11. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon la lésion par âge, EPAC 2014-2018, France métropolitaine



Parties lésées lors de l'accident

Les parties lésées décrites ci-dessous sont les parties correspondant aux lésions les plus sévères décrites précédemment.

Chez les enfants, les lésions les plus sévères se situaient principalement à la tête (33 % des cas) et aux membres supérieurs (32 %) (Figure 12). Les lésions au niveau des membres inférieurs concernaient 27 % des cas et celles au niveau du tronc 6 % des cas.

Les parties lésées variaient selon l'âge des enfants, en lien avec les mécanismes de ces AcVC. Chez les enfants de moins de 1 an, dans 72 % des cas la partie lésée était la tête, proportion qui diminuait jusqu'à 11 % à 14 ans (Figure 13). Les lésions des membres inférieurs ou supérieurs augmentaient avec l'âge. Les lésions du tronc variaient peu avec l'âge, elles concernaient entre 4 et 8 % des AcVC.

Figure 12. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon la partie lésée, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

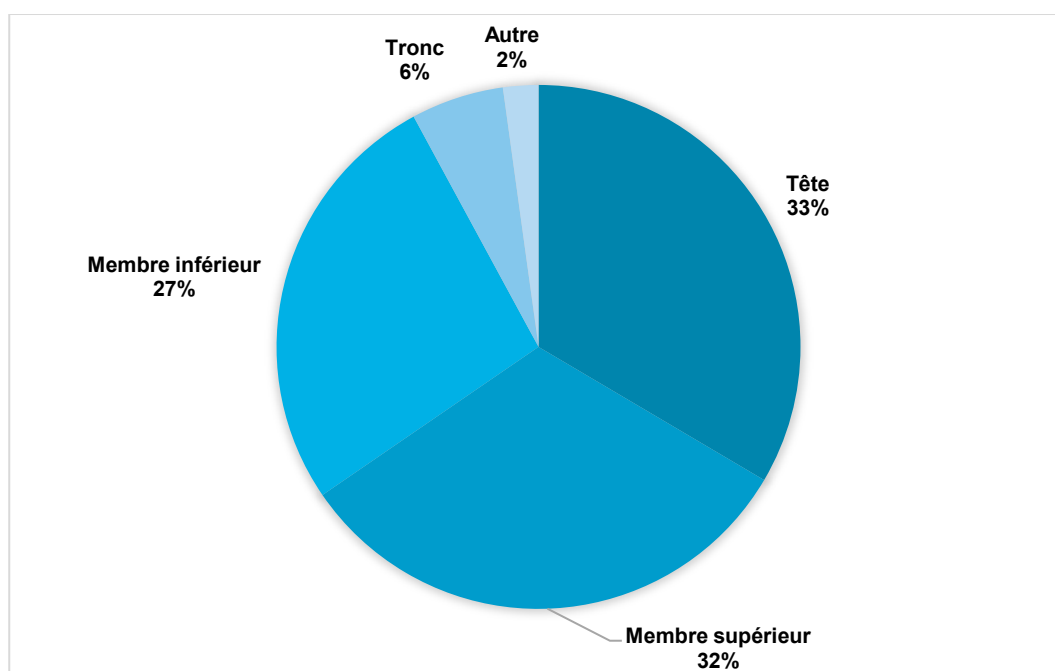


Figure 13. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon la partie lésée et selon l'âge en %, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

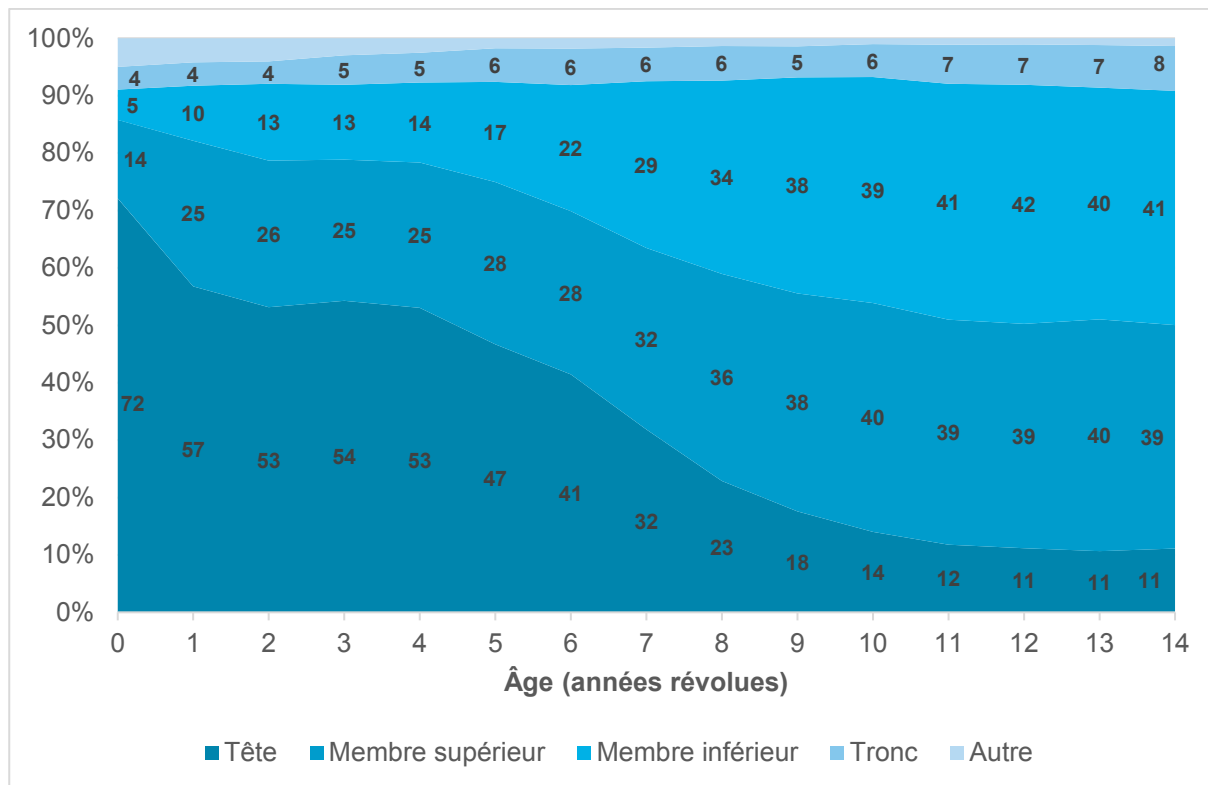
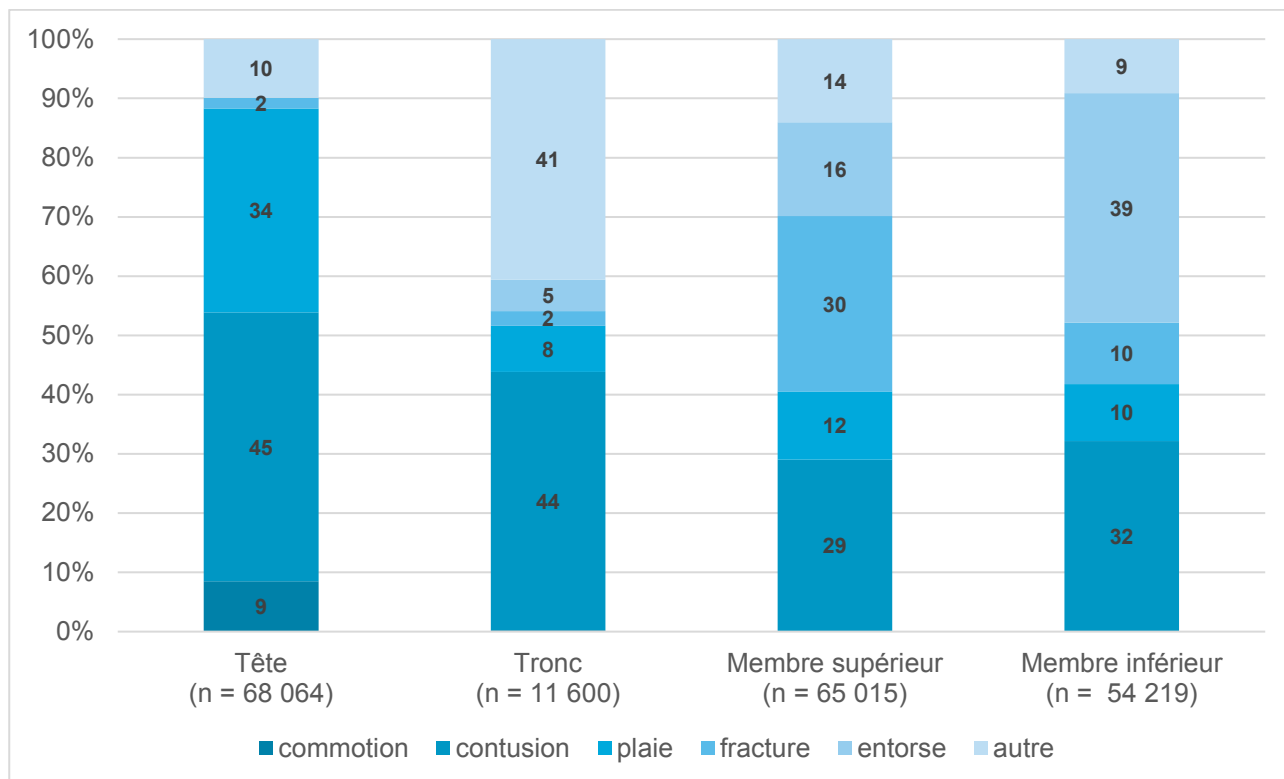


Figure 14. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon la lésion par partie lésée en %, EPAC 2014-2018, France métropolitaine



Les lésions de la tête étaient principalement des contusions (45 %), des plaies (34 %), et des commotions cérébrales (9 %). Les lésions du tronc étaient le plus souvent des contusions (44 %). Les membres supérieurs étaient fréquemment lésés par des fractures (30 %) et des contusions (29 %) alors qu'au niveau des membres inférieurs, les entorses étaient plus nombreuses (39 %), suivies par les contusions (32 %), les plaies (10 %) et les fractures (10 %) (Figure 14).

Prise en charge de l'accidenté

Dans près de trois quarts des cas (73 %), la prise en charge aux urgences des AcVC survenus entre 0 et 14 ans n'entraînaient ni hospitalisation, ni un suivi ultérieur après le passage aux urgences. Une proportion importante (22 %) faisait l'objet d'un traitement avec suivi ambulatoire ultérieur, et 5 % donnait lieu à une hospitalisation (Figure 15). Le taux d'hospitalisation de 11 % chez les moins de 1 an diminuait à 6% chez les enfants âgés d'un an pour se stabiliser ensuite autour de 4 % pour les plus âgés. La proportion d'AcVC qui ont nécessité un traitement avec un suivi médical ultérieur augmentait avec l'âge, elle représentait 7 % des AcVC avant un an et 27 % pour les enfants de 14 ans. Les accidents les plus bénins (sans suivi médical ultérieur, ni hospitalisation) diminuaient avec l'âge, passant de 81 % chez les moins de 1 an à 69 % à 14 ans (Figure 16).

Figure 15. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon la prise en charge, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

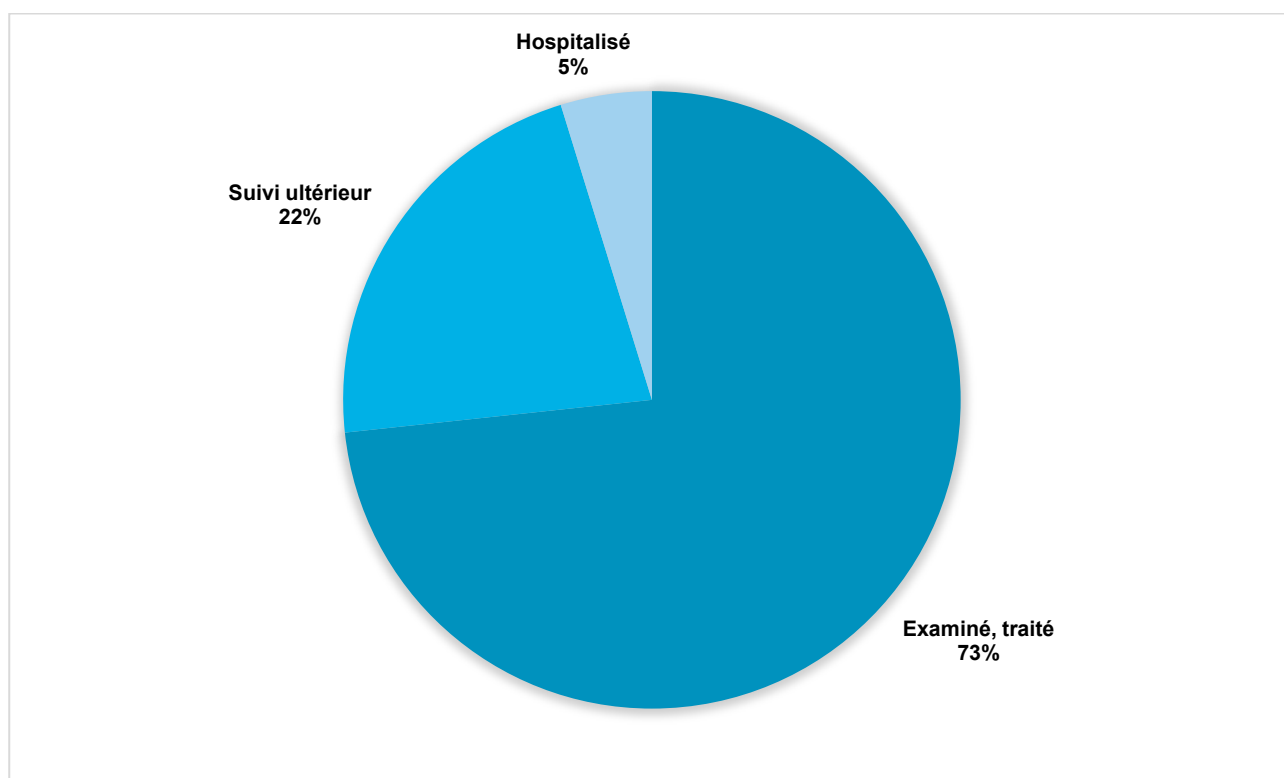
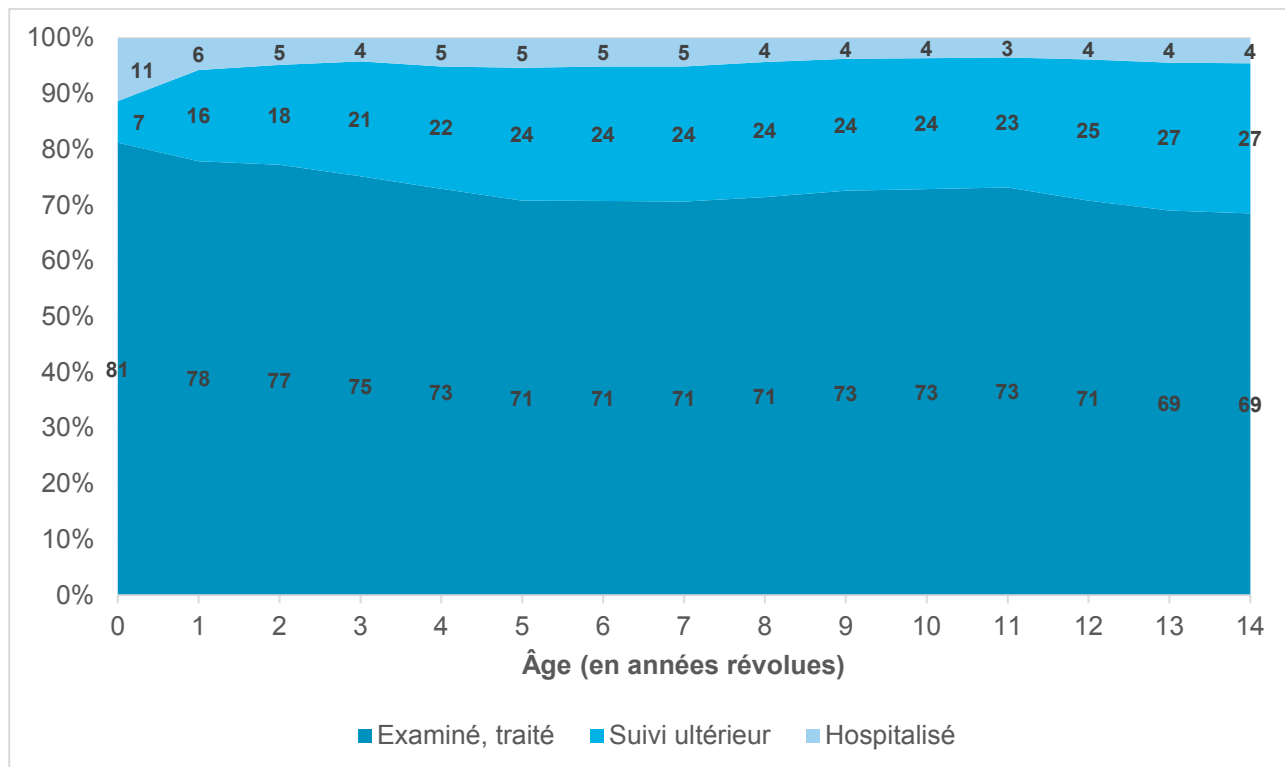


Figure 16. Répartition des AcVC pris en charge aux urgences chez les enfants selon la prise en charge par âge en %, EPAC 2014-2018, France métropolitaine



Focus sur les hospitalisés

Parmi les 9 976 enfants hospitalisés suite à leur passage aux urgences, la durée d'hospitalisation était renseignée pour 7 644 cas (78 % des cas). On observait (Figure 17) une grande hétérogénéité entre de nombreux séjours hospitaliers très courts (66 % des hospitalisations durent 1 jour ou moins) et un petit nombre de séjours longs (2 % des séjours hospitaliers duraient plus de 11 jours). La répartition des durées d'hospitalisation variait selon l'âge. La proportion de séjours hospitaliers courts (1 jour ou moins) était particulièrement élevée chez les enfants de moins d'un an (81 %) puis elle diminuait avec l'âge (71 % chez les 1-4 ans, 64 % chez les 5-9 ans, 58 % chez les 10-14 ans).

Les AcVC survenus lors d'une activité vitale, donc essentiellement chez les très jeunes enfants, entraînaient plus souvent une hospitalisation (10 %) que les autres activités (Figure 18). Les AcVC par asphyxie ou suffocation et les AcVC par effets chimiques présentaient des taux d'hospitalisation très élevés, respectivement 18 % et 19 %, signe de leur gravité (Figure 19). Venaient ensuite les AcVC par électricité/rayonnement (16 %) et par corps étrangers (12 %).

Les lésions qui conduisaient le plus souvent à une hospitalisation étaient les commotions (19 %) et les fractures (14 %) (Figure 20).

Figure 17. Répartition des durées d'hospitalisations des enfants pris en charge pour AcVC aux urgences, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

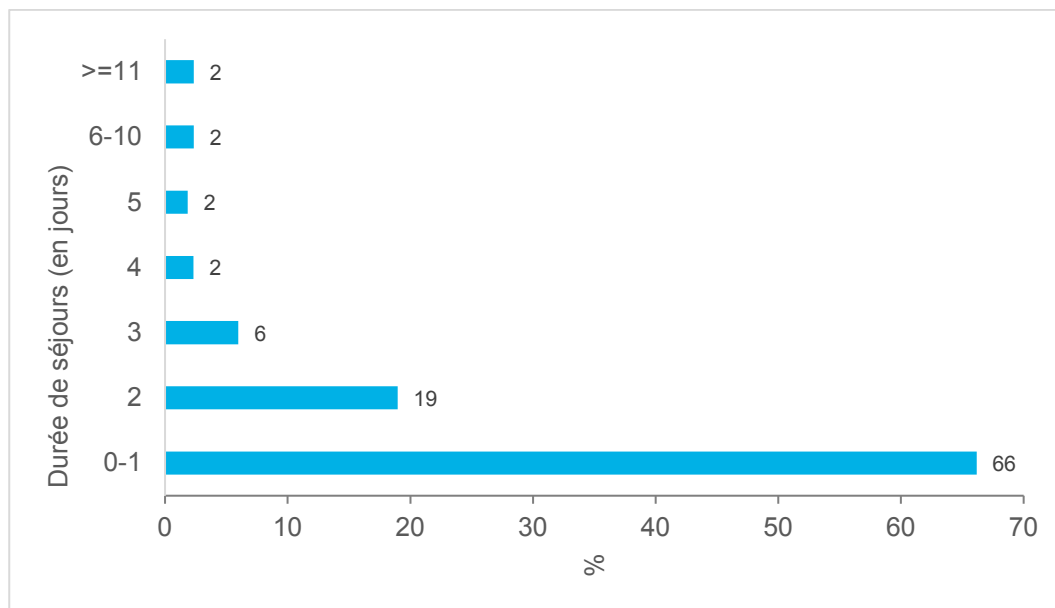


Figure 18. Proportions d'enfants hospitalisés suite au passage aux urgences selon l'activité pratiquée au moment de l'AcVC, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

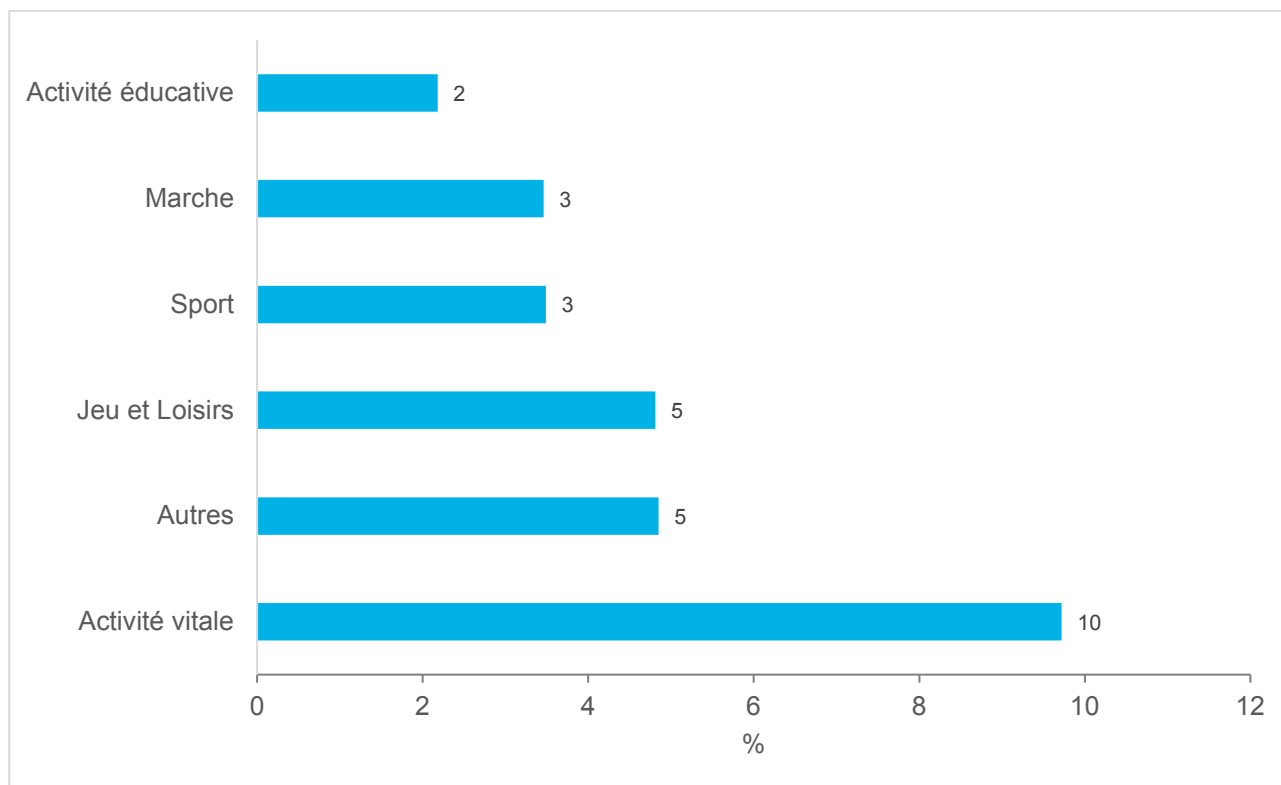


Figure 19. Proportions d'enfants hospitalisés suite au passage aux urgences selon le mécanisme de l'AcVC, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

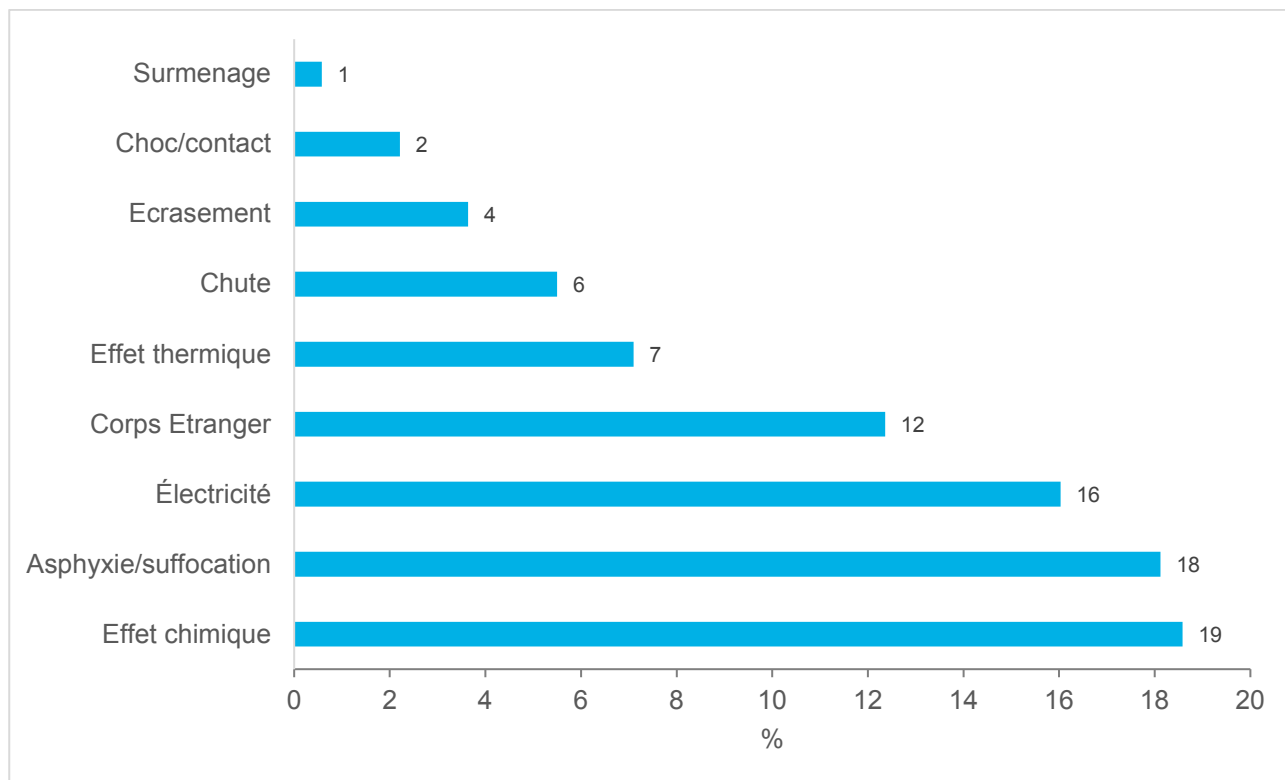
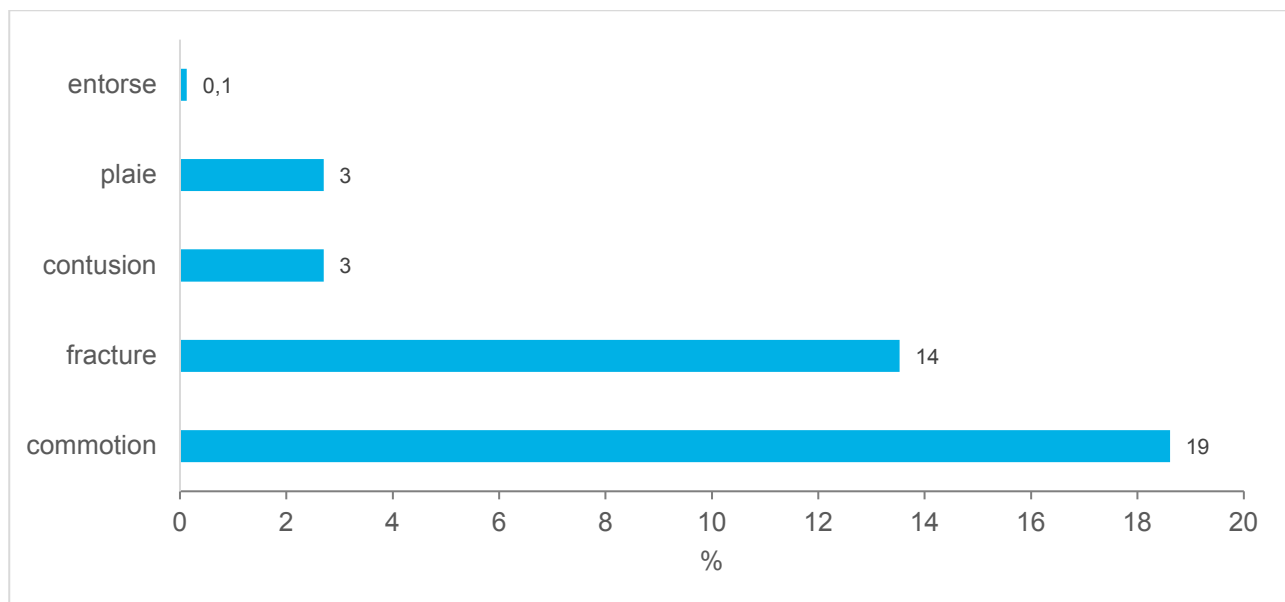


Figure 20. Proportions d'enfants hospitalisés suite au passage aux urgences selon la lésion, EPAC 2014-2018, France métropolitaine



Évolution du nombre de passages aux urgences pour AcVC chez les enfants de moins de 15 ans sur la période 2014-2018

Évolution tous passages pour AcVC

Le nombre de passages aux urgences pour AcVC chez les enfants de moins de 15 ans restait stable sur la période 2014-2018. La répartition des passages pour AcVC aux urgences selon l'âge des victimes a évolué sur la période 2014-2018. La part des 1-4 ans parmi l'ensemble des passages aux urgences pour AcVC des moins de 15 ans diminuait significativement alors que chez les 5-9 ans une tendance significative à la hausse était observée sur la période 2014-2018. Pour les autres classes d'âge aucune autre tendance significative n'était observée sur la période 2014-2018 (Tableau 3).

Globalement, la répartition des passages pour AcVC aux urgences selon le mécanisme a évolué sur la période 2014-2018. La part des passages aux urgences pour chute et pour écrasement a diminué significativement alors que la part des AcVC par coups/chocs, par des corps étrangers et par surmenage a augmenté significativement de 2014 à 2018 (Tableau 4).

La répartition des passages pour AcVC selon la lésion a également évolué sur la période. La part des passages pour plaies et pour commotion a diminué alors que la part des passages pour contusion et pour entorse a augmenté significativement de 2014 à 2018 (Tableau 5).

Tableau 3. Évolution sur la période 2014-2018 du nombre de prises en charges aux urgences pour AcVC selon l'âge, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2014-2018 n (%)	P
<1 an	1725 (4,1)	1807 (4,3)	1762 (4,2)	1688 (4,0)	1694 (4,2)	8676 (4,2)	ns
1-4 ans	13477 (32,2)	13634 (32,2)	13071 (31,3)	13130 (31,2)	12961 (31,8)	66273 (31,7)	*
5-9 ans	12214 (29,2)	12304 (29,0)	12587 (30,2)	12686 (30,2)	12200 (30,0)	61991 (29,7)	***
10-14 ans	14460 (34,5)	14646 (34,6)	14300 (34,3)	14542 (34,6)	13847 (34,0)	71795 (34,4)	ns
Total	41876	42391	41720	42046	40702	208735	

ns: non significatif ; * : $p < 0,05$; *** : $p < 0,0001$

Tableau 4. Évolution sur la période 2014-2018 du nombre de prises en charge aux urgences pour AcVC selon le mécanisme de l'accident, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2014-2018 n (%)	P
Chute	22284 (55,6)	22792 (56,6)	21513 (54,8)	21614 (54,8)	20639 (54,0)	108842 (55,2)	***
Coup	8755 (21,8)	8925 (22,2)	9059 (23,1)	8694 (22,0)	8699 (22,8)	44132 (22,4)	**
Ecrasement	3792 (9,5)	3565 (8,9)	3408 (8,7)	3515 (8,9)	3295 (8,6)	17575 (8,9)	**
Surmenage	2539 (6,3)	2013 (5,0)	2392 (6,1)	2733 (6,9)	2765 (7,2)	12442 (6,3)	***
Autre	1434 (3,6)	1669 (4,1)	1626 (4,1)	1546 (3,9)	1445 (3,8)	7720 (3,9)	ns
Corps Etranger	1274 (3,2)	1312 (3,3)	1248 (3,2)	1349 (3,4)	1364 (3,6)	6547 (3,3)	**
Total	40078	40276	39246	39451	38207	197258	

ns: non significatif ; * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,0001$

Tableau 5. Évolution sur la période 2014-2018 du nombre de prises en charge aux urgences pour AcVC selon la lésion, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2014-2018 n (%)	p
Contusion	14348 (34,4)	14354 (34,1)	14541 (35,1)	14687 (35,4)	14540 (36,4)	72470 (35,1)	***
Plaie	8061 (19,3)	7716 (18,4)	7162 (17,3)	7533 (18,1)	6682 (16,7)	37154 (18,0)	***
Autre	6539 (15,7)	6737 (16,0)	6494 (15,7)	6447 (15,5)	6600 (16,5)	32817 (15,9)	ns
Entorse	6260 (15,0)	6475 (15,4)	6481 (15,7)	6510 (15,7)	6235 (15,6)	31961 (15,5)	*
Fracture	5296 (12,7)	5246 (12,5)	5403 (13,1)	5317 (12,8)	5111 (12,8)	26373 (12,8)	ns
Commotion	1188 (2,9)	1532 (3,6)	1306 (3,2)	1051 (2,5)	837 (2,1)	5914 (2,9)	***
Total	41692	42060	41387	41545	40005	206689	

ns: non significatif ; * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,0001$

Évolution des passages aux urgences pour AcVC suivis d'une hospitalisation

Le nombre de passages aux urgences pour AcVC suivis d'une hospitalisation restait stable sur la période 2014-2018. La répartition des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation selon l'âge des victimes a peu évolué sur la période 2014-2018. Seule, la part des 10-14 ans parmi l'ensemble des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation pour AcVC d'enfant de moins de 15 ans diminuait significativement sur la période 2014-2018, de 28,9 % en 2014 à 26,6 % en 2018. Pour les autres classes d'âges aucune autre tendance statistiquement significative n'était observée (Tableau 6).

La répartition des passages aux urgences pour AcVC suivis d'une hospitalisation selon le mécanisme a évolué sur la période 2014-2018. La part des passages aux urgences pour chute et pour écrasement a diminué significativement alors que celle pour l'ingestion de corps étrangers (ou corps étrangers coincés dans les orifices naturels) a augmenté significativement et de façon relativement importante (+4 points) de 2014 à 2018 (Tableau 7). Cette hausse concernait en premier lieu les plus jeunes enfants (0-4 ans).

Par ailleurs, il ressortait que cette hausse était portée majoritairement par une augmentation des ingestions de piles. Ce résultat est à interpréter avec prudence: chez les 0-4 ans, le produit impliqué dans l'accident n'était renseigné que pour un accident par ingestion de corps étranger sur cinq.

La répartition des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation pour AcVC selon la lésion a également évolué sur la période. La part des passages aux urgences pour entorse et pour commotion a diminué significativement alors que la part des passages pour contusion et pour autres lésions a augmenté significativement de 2014 à 2018 (Tableau 8). La baisse marquée, sur la fin de la période (de 2017 à 2018) du nombre et de la part des passages pour commotion concernait toutes les classes d'âge mais plus particulièrement les enfants de 1 à 9 ans. Ce sont les commotions consécutives à des chutes survenant dans le cadre domestiques qui diminuaient principalement. Cette baisse des commotions par chute dans le cadre domestique n'était pas associée à un type de chute en particulier. Cette baisse était observée dans tous les hôpitaux d'EPAC inclus pour cette étude.

La hausse marquée des contusions observée également sur la fin de la période (de 2017 à 2018) concernait toutes les classes d'âge mais elle était plus marquée chez les enfants de 1 à 9 ans. C'est principalement les contusions à la tête qui augmentaient suite à des chutes dans le cadre domestiques dans différents contextes (Chutes de lits superposés, chutes dans les escaliers, chute du canapé contre la table basse, chutes des bras d'un parent, etc.). Cette hausse marquée des passages suivis d'une hospitalisation pour contusion à la tête augmentait de façon importante dans un seul service d'urgence du réseau EPAC qui portait à lui seul 70 % de la hausse observée.

Tableau 6. Évolution sur la période 2014-2018 du nombre de prises en charge aux urgences pour AcVC suivis d'une hospitalisation selon l'âge, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2014-2018 n (%)	P
<1 an	167 (8,6)	197 (10,2)	198 (10,0)	203 (10,2)	197 (10,2)	962 (9,8)	ns
1-4 ans	630 (32,5)	611 (31,7)	661 (33,5)	643 (32,2)	680 (35,1)	3225 (33,0)	ns
5-9 ans	581(30,0)	518 (26,9)	602 (30,5)	580 (29,0)	547 (28,2)	2828 (28,9)	ns
10-14 ans	560 (28,9)	599 (31,1)	512 (26,0)	574 (28,7)	516 (26,6)	2761 (28,2)	*
Total	1938	1925	1973	2000	1940	9776	

ns: non significatif ; * : p<0,05

Tableau 7. Évolution sur la période 2014-2018 du nombre de prises en charge aux urgences pour AcVC suivis d'une hospitalisation selon le mécanisme, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2014-2018 n (%)	P
Chute	1238 (65,9)	1196 (63,9)	1205(64,2)	1147 (61,9)	1129(62,3)	5915 (63,7)	*
Coup	205 (10,9)	175 (9,3)	202 (10,8)	194 (10,5)	188 (10,4)	964 (10,4)	ns
Autre	163 (8,7)	202 (10,8)	183 (9,8)	175 (9,5)	198 (10,9)	921 (9,9)	ns
Corps Etranger	116 (6,2)	137 (7,3)	157 (8,4)	201 (10,9)	180 (9,9)	791 (8,5)	***
Ecrasement	143 (7,6)	153 (8,2)	115 (6,1)	116 (6,3)	102 (5,6)	629 (6,8)	**
Surmenage	14 (0,8)	10 (0,5)	14 (0,8)	19 (1,0)	14 (0,8)	71 (0,8)	ns
Total	1879	1873	1876	1852	1811	9291	

ns: non significatif ; * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,0001

Tableau 8. Évolution sur la période 2014-2018 du nombre de prises en charge aux urgences pour AcVC suivis d'une hospitalisation selon la lésion, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2014-2018 n (%)	P
Fracture	723 (37,4)	685 (35,7)	729 (37,1)	734 (37,0)	660 (34,1)	3531 (36,2)	ns
Autre	400 (20,7)	421 (21,9)	417 (21,2)	454 (22,9)	463 (23,9)	2155 (22,1)	*
Contusion	358 (18,5)	345 (18,0)	388 (19,8)	358 (18,0)	487 (25,2)	1936 (19,9)	***
Commotion	239 (12,4)	253 (13,2)	215 (10,9)	230 (11,6)	150 (7,8)	1087 (11,2)	***
Plaie	202 (10,4)	206(10,7)	208 (10,6)	203 (10,2)	172 (8,9)	991 (10,2)	ns
Entorse	12 (0,6)	11 (0,6)	8 (0,4)	7 (0,4)	4 (0,2)	42 (0,4)	*
Total	1934	1921	1965	1986	1936	9742	

ns: non significatif ; * : p<0,05 ; * : p<0,01 ; *** : p<0,0001

DISCUSSION

Les analyses réalisées à partir des données recueillies auprès de sept services d'urgence du réseau EPAC permettent de disposer de résultats récents sur l'épidémiologie des AcVC chez les enfants de moins de 15 ans et leur évolution entre 2014 et 2018. Les caractéristiques des victimes, les circonstances de survenue et les conséquences des AcVC qui ont conduit à un recours aux urgences ont été décrites.

Sur la période 2014-2018, 208 735 passages pour AcVC d'enfants de moins de 15 ont été enregistrés dans 7 hôpitaux du réseau EPAC. Le nombre de passages pour AcVC est resté globalement stable sur l'ensemble de la période, un peu plus de 41 000 par an en moyenne. En 2018, année la plus récente de notre période d'étude, 40 702 passages pour AcVC d'enfants de moins de 15 ans ont été enregistrés. Cette même année, le nombre de passages, toutes causes, dans les 7 services d'urgences d'EPAC représentaient 1,3 %¹ de l'ensemble des passages aux urgences en France (environ 21,9 millions de passages¹). Ainsi, on peut estimer qu'il y a probablement, chaque année en France, environ 3 millions de passages aux urgences pour AcVC d'enfants de moins de 15 ans.

Les recours aux urgences pour AcVC étaient plus fréquents chez les très jeunes enfants (1-3 ans) et les « pré-adolescents » (10-13 ans) qu'aux autres âges. Les victimes de ces AcVC étaient majoritairement des garçons et cette prédominance masculine était observée à tous les âges. Les chutes représentaient le mécanisme le plus fréquent chez les moins de 15 ans. Les caractéristiques de ces AcVC sur la période 2014-2018 sont proches de celles retrouvées dans l'enquête EPAC précédente de 2010 [6].

Sur la période 2014-2018, un quart des recours aux urgences pour AcVC chez les moins de 15 ans concernaient des enfants de 1 à 3 ans. Cette concentration des cas chez les jeunes enfants a été décrite dans la littérature [7]. A ces âges, les enfants font preuve de curiosité, ont besoin d'explorer, deviennent de plus en plus mobiles mais leur conscience des dangers reste encore relativement limitée. Cela explique la grande vulnérabilité des jeunes enfants aux AcVC en particulier lorsqu'ils échappent à la vigilance des adultes.

Une majorité de ces accidents concernait des garçons. Ce résultat a également été observé dans d'autres études [8]. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer cette prédominance masculine dont la pratique plus fréquente d'activités accidentogènes chez les garçons.

En cohérence avec la littérature, il ressort des analyses que les circonstances de survenue des AcVC variaient avec l'âge [7-10]. Ces différences liées à l'âge suivent les grandes étapes du développement physique, cognitif et social de l'enfant. Les accidents chez les très jeunes enfants se produisent majoritairement dans le cadre domestique alors qu'après 5 ans la part des accidents à l'école, sur des aires de sport et de jeux augmente.

En lien avec les lieux de survenue de ces AcVC, les chutes de meubles (canapés, lits) et des escaliers étaient particulièrement fréquentes chez les plus jeunes qui ont encore une mobilité limitée, alors que pour les enfants plus âgés les produits impliqués étaient plutôt spécifiques aux activités de sports (ballon) et de loisirs (vélo, trampoline, toboggan, patinette). Ces résultats sont cohérents avec ceux décrits récemment dans l'étude américaine à partir des données du *National Electronic Injury Surveillance System* NEISS [11].

Les AcVC pris en charge aux urgences survenus entre 0 et 14 ans semblaient plutôt bénins, puisque près de deux tiers des cas n'entraînaient ni hospitalisation, ni suivi médical ultérieur. On observait toutefois un taux d'hospitalisation plus important chez les moins de 1 an (11 % versus entre 4 et 6 % chez les plus âgés), signe d'une sévérité possible plus importante de ces AcVC. Deux facteurs

¹ Source : SAE 2018

peuvent expliquer ce taux d'hospitalisation plus élevé. Les enfants de moins d'un an, en raison de leur spécificité anatomique et de leur incapacité à amortir leurs chutes, ont fréquemment des lésions à la tête et en particulier des traumatismes crâniens [12]. Ces lésions sont particulièrement sérieuses et nécessitent le plus souvent une hospitalisation. Ensuite, la plus grande prudence des médecins à l'égard des jeunes enfants, qui sont plus vulnérables, explique également, en partie, le recours plus fréquent à l'hospitalisation. L'analyse des durées d'hospitalisations selon l'âge confirme cela: la proportion de séjours hospitaliers courts (0 à 1 jour) est plus élevée chez les moins d'un an qu'aux autres âges.

En dehors de ces chutes chez les jeunes enfants, d'autres recours aux urgences pour AcVC moins fréquents comme les AcVC par asphyxie ou suffocation ou par « effets chimiques » entraînaient des taux d'hospitalisations élevés, signes indirects de leur gravité.

Globalement le nombre de passages aux urgences pour AcVC chez les enfants de moins de 15 ans restait stable sur la période 2014-2018. De même, pour les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation, aucune tendance marquée à la hausse ou à la baisse n'était observée.

En dépit de cette stabilité, la répartition du nombre de passages pour AcVC selon l'âge, le mécanisme et les lésions a évolué sur la période comme en témoignent les tendances significatives qui ont été mises en évidence dans les analyses. La majorité de ces évolutions restaient néanmoins relativement modérées sur la période, à l'exception d'une hausse relativement marquée, du nombre et de la part des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation pour AcVC par ingestion de corps étrangers. Cette hausse concernait en premier lieu les plus jeunes enfants (0-4 ans) et semblerait portée majoritairement par une augmentation des ingestions de piles (les corps étrangers ingérés restaient peu renseignés dans EPAC). En dehors de cette hausse observée pour les corps étrangers, d'autres tendances peuvent être soulignées. Ainsi, le nombre et la proportion de passages aux urgences suivis d'une hospitalisation pour contusion augmentait de façon importante sur la fin de la période d'étude (de 2017 à 2018). Ce sont principalement les contusions à la tête, chez les enfants de 1 à 9, suite à des chutes dans le cadre domestique qui augmentaient. Cependant, cette hausse des passages suivis d'une hospitalisation pour contusion à la tête augmentait de façon importante dans un seul service d'urgence du réseau EPAC qui portait à lui seul 70 % de la hausse observée. Il est probable que cette augmentation soit expliquée en partie ou exclusivement par des pratiques différentes telles une modification des protocoles des prises en charge des patients présentant des lésions à la tête et/ou par une évolution du codage des lésions à la tête entre 2017 et 2018 dans le service d'urgence en question. Cela doit être confirmé par une investigation détaillée.

En parallèle, sur la même période (de 2017 à 2018), une baisse marquée du nombre et de la part des passages aux urgences pour commotion a également été observée. Cette baisse était observée dans tous les services d'urgence et elle était en lien avec une diminution, principalement chez les enfants de 1 à 9 ans, des chutes dans le cadre domestiques. Cette baisse est compliquée à interpréter. Il importera de vérifier si cette tendance est ponctuelle ou si elle s'inscrit dans le temps.

Cette étude présente plusieurs limites. D'abord, les analyses ont été réalisées à partir des données issues de sept services d'urgences volontaires en France métropolitaine. Les résultats ne sont pas représentatifs de l'ensemble des AcVC pris en charge dans les services d'urgences en France. De plus, tout le spectre de sévérité des AcVC n'a pas été pris en compte dans ces analyses puisque seules les données de passages aux urgences ont été analysées : ni les victimes d'AcVC qui ne recourent pas aux urgences, ni les décès sur les lieux de l'accident n'ont été pris en compte. Enfin, il n'a pas été possible de produire de taux d'incidence dans le cadre de cette étude. En effet, EPAC n'étant pas un registre, il n'est pas possible de déterminer rigoureusement la population couverte par les services d'urgences participant à l'enquête. Le manque d'informations détaillées pour la description des enfants victimes d'AcVC est une autre limite de ce travail. La description des victimes d'AcVC a été restreinte aux seules variables démographiques (sexe, âge). Dans EPAC, des informations sont recueillies sur les caractéristiques socio-économiques des victimes et des parents (pour les enfants) mais ces variables présentent des taux de non-réponse très élevés et n'ont par conséquent pas été décrites. Par ailleurs, certaines variables qu'il aurait été intéressant d'analyser,

tels que l'état de santé des enfants (ou de leurs parents) en amont de l'accident, ne sont pas recueillies dans EPAC.

Malgré ces limites, la description des circonstances de ces AcVC pris en charge aux urgences permet d'identifier les accidents qui doivent être ciblés en priorité par les mesures de prévention. Les chutes, accidents les plus fréquents et qui peuvent conduire à des lésions graves, comme les traumatismes crâniens, en particulier chez les très jeunes enfants (moins d'un an), devraient être ciblées en priorité par des mesures de prévention spécifiques en fonction de l'âge des enfants. Les accidents par effets chimiques (ou accidents toxiques) et les asphyxies/suffocations doivent également être une cible prioritaire des mesures de prévention en raison de leur sévérité: les données EPAC montrent que près d'un recours aux urgences sur cinq (18 % pour les asphyxies/suffocations et 19 % pour les accidents toxiques) pour ce type d'accident conduit à une hospitalisation. Les analyses approfondies sur les accidents toxiques qui seront réalisées en collaboration avec l'ANSES, à partir des données issues des centres antipoison et de toxicovigilance, permettront de formuler des recommandations de prévention précises pour ce type d'AcVC.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Il ressort des analyses que les accidents sont assez divers, que les circonstances de ces AcVC suivent les grandes étapes du développement de l'enfant, qu'ils surviennent le plus souvent dans le cadre domestique et concernent pour une large part les jeunes enfants. Les résultats des analyses montrent qu'entre 2014 et 2018, le nombre de passages aux urgences pour AcVC est resté globalement stable. Néanmoins, en dépit de cette stabilité, les caractéristiques des passages pour AcVC selon l'âge, le mécanisme et les lésions ont évoluées sur la période.

Ces résultats confirment la nécessité de poursuivre les efforts en matière de prévention des accidents de la vie courante. Les mesures de prévention doivent cibler en priorité les chutes, accidents les plus fréquents et qui peuvent conduire à des lésions graves, comme les traumatismes crâniens. Elles doivent également cibler les accidents par toxiques et les accidents par asphyxies/suffocations, en raison de leur sévérité.

Parmi les types d'interventions, comme suggéré dans une revue de la littérature publiée en 2015, l'amélioration de la prévention des AcVC en France pourrait passer, entre autres, par le déploiement à grande échelle de programmes de prévention multi-accidents sous la forme de visites à domicile [13]. De telles mesures ont déjà été mises en place localement en France et se sont avérées particulièrement prometteuses [14].

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Thelot B. Traumatismes. Surveillance épidémiologique: principes, méthodes et applications en santé publique. Paris : Lavoisier; 2011. p. 213-20.
- [2] Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000–2012. Bull Epidemiol Hebd. 2017;1(2-12):37.
- [3] Paget L, Thélot B. Home and leisure injuries in mainland France based on the Health Care and Insurance Survey, 2012. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2017(32):660-7.
- [4] Philippakis A, Hemenway D, Alexe DM, Dessypris N, Spyridopoulos T, Petridou E. A quantification of preventable unintentional childhood injury mortality in the United States. Injury prevention. 2004;10(2):79-82.
- [5] Pedrono G, Bouilly M, Thelot B. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Résultats 2010 en France métropolitaine. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2016. 100 p.
- [6] Pédrone G, Bouilly M, Thélot B. Enquête Permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC): Résultats 2010 en France métropolitaine. : Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice; 2016.
- [7] Beck B, Teague W, Cameron P, Gabbe BJ. Causes and characteristics of injury in paediatric major trauma and trends over time. Arch Dis Child. 2019;104(3):256-61.
- [8] Hedström EM, Bergström U, Michno P. Injuries in children and adolescents--analysis of 41,330 injury related visits to an emergency department in northern Sweden. Injury. 2012;43(9):1403-8.
- [9] Flavin MP, Dostaler SM, Simpson K, Brison RJ, Pickett W. Stages of development and injury patterns in the early years: a population-based analysis. BMC Public Health. 2006;6:187.
- [10] Mitchell RJ, Curtis K, Foster K. A 10-year review of child injury hospitalisations, health outcomes and treatment costs in Australia. Injury prevention. 2018;24(5):344-50.
- [11] Ali B, Lawrence B, Miller T, Swedler D, Allison J. Consumer Products Contributing to Fall Injuries in Children Aged <1 to 19 Years Treated in US Emergency Departments, 2010 to 2013: An Observational Study. Glob Pediatr Health. 2019;6:2333794x18821941.
- [12] Claudet I, Gurrera E, Honorat R, Rekhroukh H, Casasoprana A, Grouteau E. [Home falls in infants before walking acquisition]. Arch Pediatr. 2013;20(5):484-91.
- [13] Nguyen Thanh V, Clément J, Thélot B, Richard JB, Lamboy B, Arwidson P. [Effective interventions to prevent child injuries: a review of the literature]. Sante Publique. 2015;27(4):481-9.
- [14] Sznajder M, Leduc S, Janvrin MP, Bonnin MH, Aegerter P, Baudier F, et al. Home delivery of an injury prevention kit for children in four French cities: a controlled randomized trial. Inj Prev. 2003;9(3):261-5; discussion 5.

ANNEXES

Tableau A1.1. Nombre et taux de non renseignés par variable, EPAC 2014-2018

	n	%
Sexe	31	0,01 %
Âge	0	0 %
Mécanisme	11 477	6 %
Lieu	43 148	21 %
Activité	67 728	33 %
Lésion	2046	0,98 %
Partie lésée	4508	2 %
Produit	67 822	33 %
Traitement	3597	2 %

Tableau A2-2. Évolution sur la période 2014-2018 du nombre de prises en charge aux urgences pour AcVC selon l'hôpital, EPAC 2014-2018, France métropolitaine

	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2014-2018 n (%)	p
Blaye^a	2046 (4,9)	1918 (4,5)	1869 (4,5)	1672 (4,0)	1615 (4,0)	9120 (4,4)	***
Fontainebleau^b	4222 (10,1)	4069 (9,6)	4000 (9,6)	4013 (9,5)	3818 (9,4)	20122 (9,6)	**
Verdun^c	2749 (6,6)	2663 (6,3)	2773 (6,7)	2666 (6,3)	2625 (6,5)	13476 (6,5)	ns
Marseille^d	9557 (22,8)	10131 (23,9)	9947 (23,8)	10410 (24,8)	9776 (24,0)	49821 (23,9)	***
Annecy^e	5675 (13,6)	5087 (12,0)	5263 (12,6)	5126 (12,2)	5149 (12,7)	26300 (12,6)	**
Le Havre^f	9225 (22,0)	10558 (24,9)	10974 (26,3)	11222 (26,7)	10797 (26,5)	52776 (25,3)	***
Limoges^g	8402 (20,1)	7965 (18,8)	6894 (16,5)	6937 (16,5)	6922 (17,0)	37120 (17,8)	***
Total	41876	42391	41720	42046	40702	208 735	

ns: non significatif ; * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,0001

- a Centre hospitalier Haute-Gironde, Blaye, France,
b Centre hospitalier du Sud Seine et Marne, site de Fontainebleau, France
c Centre hospitalier de Verdun, France
d Hôpital de la Timone (AP-HM), Marseille, France
e Centre hospitalier Annecy-Genevois, Annecy, France
f Groupement hospitalier du Havre, France
g Centre hospitalier universitaire de Limoges, France