



HAL
open science

Une prévention primaire des traumatismes crâniens lors des accidents de la vie courante est-elle réalisée par les professionnels de santé auprès des parents d'enfants de moins de deux ans ? Étude prospective aux urgences

Antoine Bistour-Lalévée

► To cite this version:

Antoine Bistour-Lalévée. Une prévention primaire des traumatismes crâniens lors des accidents de la vie courante est-elle réalisée par les professionnels de santé auprès des parents d'enfants de moins de deux ans ? Étude prospective aux urgences. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04751330

HAL Id: dumas-04751330

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04751330v1>

Submitted on 24 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2024

**UNE PRÉVENTION PRIMAIRE DES TRAUMATISMES CRÂNIENS
LORS DES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE EST-ELLE
RÉALISÉE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUPRÈS DES
PARENTS D'ENFANTS DE MOINS DE DEUX ANS ? ÉTUDE
PROSPECTIVE AUX URGENCES**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 17/10/2024

Par M. Antoine BISTOUR-LALEVÉE

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Guillaume MORTAMET

Membres :

Mme le Dr Carole JORON (directrice de thèse)

M. le Dr Josquin DESSAILLEN

M. Le Pr Guillaume DE VÉRICOURT

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF	ADAM Jean-François	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	ATALLAH Ihab	Oto-rhyno-laryngologie
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCU-PH	BELLIER Alexandre	Anatomie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	CASEZ Olivier	Neurologie
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH émérite	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURÉ Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
PU-PH	GIRARD Edouard	Chirurgie viscérale et digestive
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PR Ass. Méd.	MAURENT-PALOMBI Karine	Ophtalmologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCF Ass.MG	MINIER Pierre	Médecine Générale
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBLOT Denis	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	NAVARRE Manon	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	NGUON Anne-Sophie	Psychiatrie d'adultes
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH émérite	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PR	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TRILLING Bertrand	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VERRY Camille	Cancérologie ; Radiothérapie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

REMERCIEMENTS

À **monsieur le Professeur Guillaume MORTAMET**, de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse et pour votre relecture et vos remarques pertinentes

À **ma directrice de thèse, madame le Docteur Carole JORON**, pour avoir accepté au pied levé de m'accompagner dans mon travail, même si cela voulait dire prendre le train en marche. Grâce à ta participation j'ai pu mener à bien cette thèse.

À **monsieur le Docteur Josquin DESSAILLEN**, pour avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury de thèse. Je garde un très bon souvenir des quelques fois où nous avons pu travailler ensemble.

À **monsieur le Docteur Guillaume DE VERICOURT**, pour avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury de thèse.

À **madame le Docteur Nejwa KHELIF AVANZINI**, pour m'avoir lancé sur ce projet et accompagné les premiers mois, et pour ton aide lors de la mise en place de l'étude.

À **madame le Docteur Ratiba BENAYACHE**, pour ta participation au projet et pour ta relecture attentive et tes remarques bienveillantes.

À **mes parents**, merci pour l'amour et l'éducation que vous m'avez donné, qui m'ont permis de me construire, et d'avancer. Si j'en suis là aujourd'hui c'est en partie grâce à vous. **Papa**, pour m'avoir transmis ta soif de connaissance et ton goût de l'effort. **Maman**, pour ton soutien infaillible, ton amour inconditionnel et pour m'avoir appris la résilience. **Christophe**, pour tout ce que tu m'as appris, le bon, le très bon comme le moins bon (il paraît que je suis pointilleux, certains diraient tatillon, une idée d'où ça peut venir ?)

À **mon frère Guillaume**, mon modèle, bientôt 30 ans qu'on se fend la poire tous les deux, j'ai hâte des 30 prochaines années !

À **mes sœurs chéries Lily-Rose et Lucie**, vous faites de moi un grand frère comblé et je suis fière des jeunes femmes que vous devenez. Je serai toujours présent pour vous.

À **Tonton Alex** pour toutes les bêtises apprises à tes côtés et pour ces moments en nature partagés.

À **Mamie Marie**, merci pour ton amour et tes bons petits plats.

À **mon estimé confrère le Docteur Gérard LALEVÉE, Papé**, pour ton affection, tes histoires de médecine intarissables et ta soif de partager ton savoir et ton expérience.

À **ceux que j'aurais aimé avoir près de moi pour partager cette aventure, le Docteur Pierrette LALEVÉE, Mamé ; Papy Jacques et Mamie Margueritte.**

À mes amis, les Nîmois : Paco, Dydou, Coco, Riri, Anne-so, Sysy, Len, Marina, Simon et Simon, pour tous ces super moments passés ensemble, pour ces joies et ces peines partagées. La vie est plus douce avec vous à mes côtés.

À mes amis les Grenoblois Victor, Tom, Foucauld, Marion, Apolline, Charlotte, Alessia, Benoit, Maud, pour tous ces apéros, tous ces trails, et surtout tous ces apéros. Vous êtes une des raisons qui font que j'aime vivre à Grenoble !

À Clara, mon rayon de soleil. Chaque jour passé avec toi est une aventure pleine de rire, de joie, d'amour et de tendresse. Les peines existent mais ne durent pas quand je t'ai près de moi. Merci d'exister et d'être là pour moi.

AVANT-PROPOS

Cette thèse, présentée sous la forme d'une thèse-article en langue française, concerne l'étude et la quantification de la prévention primaire des traumatismes crâniens de cause accidentelle, réalisée par les professionnels de santé en charge du suivi des enfant. Elle concerne uniquement les enfants de moins de 2 ans.

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective et monocentrique. Les données ont été recueillies entre le 25 mars 2024 et le 30 juin 2024 au CHU de Grenoble.

Les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale étaient informés avant le recueil, des objectifs de l'étude, de la nature des informations collectées et de leur droit de s'opposer à tout moment à l'usage de leurs informations personnelles, par l'envoi d'une lettre d'opposition. Cette étude a fait l'objet d'une déclaration et d'un enregistrement auprès de la Direction de Recherche Clinique et de l'Innovation du CHU de Grenoble. Il s'agit d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH) faite selon la méthodologie de référence MR-004 de la CNIL.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	7
AVANT-PROPOS	9
TABLE DES MATIÈRES	10
LISTE DES FIGURES.....	11
LISTE DES TABLEAUX.....	11
INTRODUCTION.....	12
MATÉRIEL ET MÉTHODE	14
RÉSULTATS	16
DISCUSSION	23
BIBLIOGRAPHIE	29
ANNEXES	32
SERMENT D’HIPPOCRATE	35

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux des consultations au SAUP du CHUGA du 25/03/2024 au 30/06/2024.....	16
Figure 2. Répartition des motifs de consultation selon l'âge de l'enfant (N=233)	17
Figure 3. Description des caractéristiques de la prévention réalisée auprès des familles d'enfants de moins de 2 ans ayant consulté au SAUP du CHUGA pour traumatisme crânien, selon le motif de consultation, en traumatologie ou non (en %).	22

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Description sociodémographique des patients de moins de 2 ans et de leur famille, ayant consulté aux urgences pédiatriques du CHU de Grenoble (N=233), et analyse de la population selon le critère « parents ayant déjà reçu une prévention sur les traumatismes crâniens ».....	18
Tableau 2. Description du traumatisme et de son contexte, selon que les parents aient été préalablement informés sur les risques de traumatisme crânien, chez les patients ayant consulté au SAUP du CHUGA pour traumatisme crânien (n = 32).	20
Tableau 3. Description sociodémographique des patients de moins de 2 ans et de leur famille, ayant consulté au SAUP du CHUGA (N=233), et analyse de population selon le motif de consultation, traumatisme crânien ou non.	21

INTRODUCTION

En France, les traumatismes constituent la deuxième cause la plus fréquente de consultations aux services d'urgences pour les enfants de moins de deux ans, juste après la fièvre (1). Ces incidents se produisent principalement dans le cadre d'accidents de la vie courante (AcVC). Définis par Santé Publique France, les AcVC regroupent les traumatismes non intentionnels qui excluent les accidents de la route et les accidents du travail, englobant les accidents domestiques ou en extérieur, en milieu scolaire et ceux liés au sport, aux vacances et aux loisirs, et s'opposent aux traumatismes intentionnels tels que les agressions ou la maltraitance (2).

Parmi ces AcVC les chutes représentent le principal motif de consultation aux urgences chez les enfants. On note cependant un pic au niveau de la fréquence de consultation chez les plus jeunes, avec 65% chez les moins d'un an et 55% chez les enfants d'un à deux ans (3). Les traumatismes crâniens constituent la majorité de ces cas, avec une fréquence entre 72% et 53% des consultations selon l'âge (3). La motricité de ces jeunes enfants ne leur permet pas de se protéger efficacement lors des chutes, qui sont nombreuses durant cette période d'apprentissage de la marche.

Ces accidents ont des répercussions multiples. Sur le plan de la santé, bien que la majorité de ces incidents soient bénins (54% de contusions), le taux de commotions cérébrales atteint 11% des cas (3), nécessitant parfois des examens irradiants, tels que le scanner cérébral (4). Ces incidents ont également un impact économique notable, augmentant la fréquence des consultations chez les médecins généralistes, les pédiatres et principalement aux urgences, ainsi que les hospitalisations dont le taux s'élève à 11% chez les enfants de moins de 1 an consultant aux urgences (3).

En dépit de la constance observée dans les statistiques d'AcVC dues aux chutes ces dernières années (2015-2018) (3), peu d'études se sont concentrées sur les stratégies de prévention primaire. Cependant, les autorités de santé ont souligné l'importance de la prévention, comme en témoignent la révision du carnet de santé en 2006 pour y inclure des informations sur les accidents domestiques et la création en 2019 par Santé Publique France du site "1000 premiers jours", destinés à sensibiliser les futurs et nouveaux parents à l'impact de l'environnement sur la santé des enfants de moins de deux ans (5).

Dans la pratique médicale courante, la grande majorité des traumatismes crâniens (TC) de tous niveaux de gravité sont traités dans les services d'urgence, et plus spécifiquement dans les services d'urgences pédiatriques. (6).

Face à ce constat, nous avons émis l'hypothèse d'une trop faible prévention réalisée par les professionnels de santé impliqués dans le suivi des nourrissons.

Cette étude a pour but d'étudier l'existence d'une démarche de prévention primaire dispensées par les professionnels de santé impliqués dans le suivi des nourrissons, en particulier sur le sujet des TC liés aux AcVC.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude observationnelle de type analytique, non interventionnelle et monocentrique. Elle s'est déroulée dans le Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques (SAUP) du CHU de Grenoble Alpes (CHUGA) du 25 mars 2024 au 30 juin 2024. Étaient éligibles tous les parents d'enfants de moins de 2 ans consultant au SAUP pendant la durée de l'étude. Le recueil de données s'est effectué de manière prospective, avec un questionnaire standardisé (*Annexes*) créé pour l'étude par les auteurs, avec relecture et validation par un docteur en épidémiologie pédiatrique du CHUGA. Le questionnaire était rempli par un membre de l'équipe médicale (médecin senior, interne ou étudiant en médecine) au cours de la prise en charge du patient, en questionnant le parent accompagnateur de l'enfant inclus. Le personnel médical avait reçu une formation courte sur les objectifs de l'étude suivie d'une présentation du questionnaire.

Les enfants de moins de 2 ans étaient identifiés dès l'accueil et signalés par un tag sur le dossier informatique (« AcVC »).

Les critères d'exclusion étaient les suivants : l'absence de consentement ; la barrière de la langue ; l'instabilité des paramètres vitaux de l'enfant à l'arrivée aux urgences pédiatriques (instabilité hémodynamique, détresse respiratoire, Glasgow < 13) et dont l'évolution est restée critique, nécessitant une prise en charge par les réanimateurs ; une suspicion de maltraitance ; des parents déjà interrogés ; le référent de l'enfant, lors de la consultation, n'est ni le père ni la mère.

Si au moins un des critères était présent, le questionnaire nominatif était classé sans être rempli. En l'absence de critères d'exclusion, les parents étaient interrogés et le questionnaire rempli.

Nous avons recueilli de manière prospective des informations sur le motif de consultation aux urgences, classé par spécialité et comprenant une catégorie intitulée « générale et divers dont fièvre » qui regroupait la fièvre, les problèmes d'altération de l'état générale, la réalisation de sutures et de pansements. Nous avons également recueilli des données démographiques sur les parents et leurs enfants. Le suivi médical de ces enfants était étudié avec identification du praticien responsable du suivi. Nous avons pris en compte les suivis couplés (par exemple médecin généraliste et pédiatre). Le suivi médical, évalué lors du recueil, était jugé de qualité si l'enfant était à jour de ses vaccins, qu'il avait bénéficié des consultations obligatoires, et si les courbes de croissance étaient remplies. En cas de manque d'informations, la qualité du suivi était jugée « non évaluable ». Il était demandé aux familles si elles avaient reçu au cours du suivi de leur enfant, des informations sur le risque traumatisme de crânien de

cause accidentelle, ainsi que des conseils de prévention sur le sujet. Il était ensuite demandé d'identifier le contexte de délivrance de cette prévention, ainsi que son format : plusieurs réponses simultanées étaient acceptées. Les familles étaient interrogées sur la présence d'équipements de sécurité en prévention des traumatismes crâniens au domicile (des barrières de sécurité, un revêtement mou au sol, des sécurités sur les fenêtres, une ceinture dans le landau etc). Pour les familles consultant pour TC, les circonstances de ce traumatisme étaient recueillies.

L'absence de données préexistantes sur les pratiques préventives des professionnels de santé concernant les TC de causes accidentelles chez les jeunes enfants a rendu impossible la détermination a priori du nombre idéal de participants pour notre étude. Nous avons établi un objectif de 400 inclusions, basé sur le nombre moyen de visites journalières d'enfants de moins de deux ans au SAUP. Pour réduire les biais potentiels liés à une période de collecte prolongée, une durée maximale d'inclusion a été définie. L'étude était programmée pour se terminer après trois mois si le nombre d'inclusions escompté n'était pas atteint.

Les questionnaires étaient remplis sous format papier puis pseudonymisés et informatisés via la plateforme Lime Survey. Le consentement oral des parents était recueilli et ils étaient informés avant le recueil des données des objectifs de l'étude, de la nature des informations collectées et de leur droit de s'opposer à tout moment à l'usage de leurs informations personnelles, par l'envoi d'une lettre d'opposition. Des affiches d'information étaient accrochées en salle d'attente pour renseigner les parents sur le déroulement de l'étude. Elle a fait l'objet d'une déclaration à la Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) et d'un enregistrement sur le registre interne des essais respectant la méthodologie de référence MR004 à laquelle le CHUGA s'est engagé.

Les analyses descriptives des variables quantitatives sont présentées sous forme de moyennes avec leur écart-type, et pour les variables qualitatives sous forme d'effectifs et pourcentages. Aucune donnée manquante n'a été imputée, et rapportée dans la description.

Afin de comparer deux populations, des tests du Chi-2 ou Test de Fisher ont été réalisés pour les variables catégorielles. Selon les sous-groupes à comparer, un test de Wilcoxon ou de Student a été réalisé. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05 et tous les tests sont bilatéraux.

Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel R, version 4.3.2.

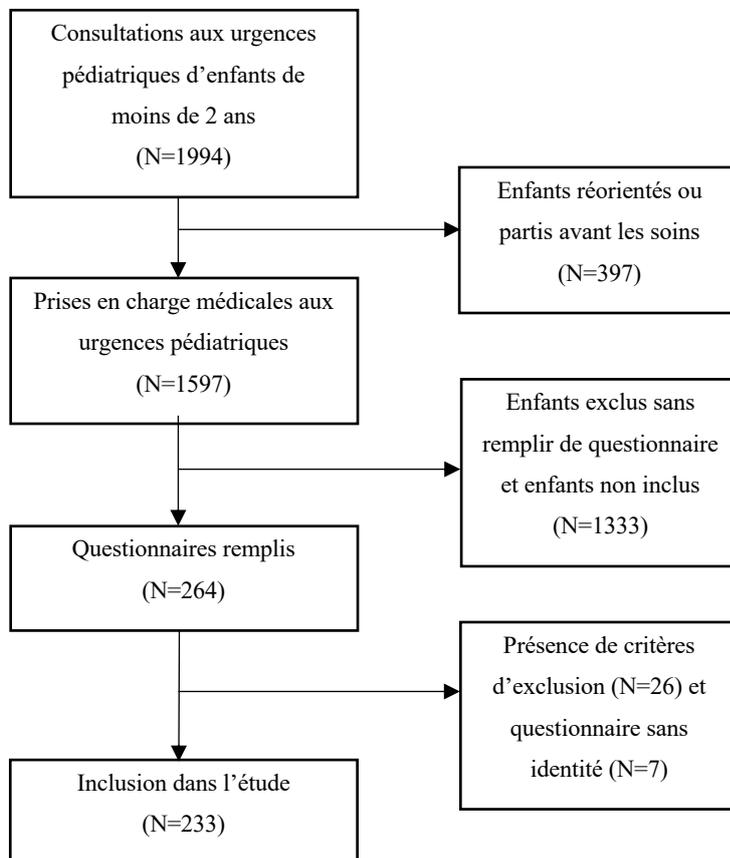
RÉSULTATS

Durant la période de collecte, les inclusions et exclusions ont été réalisées comme décrites dans le diagramme de flux (*Figure 1*). Concernant les motifs de consultation, 382 cas (23,9%) étaient relatifs à la traumatologie.

L'analyse horaire des dossiers montre que 812 consultations (51,2%) ont eu lieu en horaires ouvrables (de 8h à 18h), contre 785 (48,8%) en horaires de garde (de 18h à 8h).

Parmi les 233 familles incluses, on compte 163 inclusions en journée et 68 inclusions en horaires de garde.

Figure 1. Diagramme de flux des consultations au SAUP du CHUGA du 25/03/2024 au 30/06/2024



Parmi les 233 familles incluses, l'âge moyen était de 9,4 mois et il y avait 123 (52,8%) garçons et 110 (47,2%) filles. 64 (27,5%) ont consulté pour de la traumatologie ; 59 (25,3%) ont consulté pour un motif général ou de la fièvre; 42 (18,0%) pour un motif respiratoire ; 34 (14,6%) pour un motif gastroentérologique ; 8 (3,4%) pour un motif ORL ; 8 (3,4%) pour un motif dermatologique ; 4 (1,7%) ont consulté pour un motif neurologique ou cardiologique ; 14 (6,0%) ont consulté pour d'autres motifs.

La répartition des motifs de consultation selon l'âge est présentée dans *la Figure 2*.

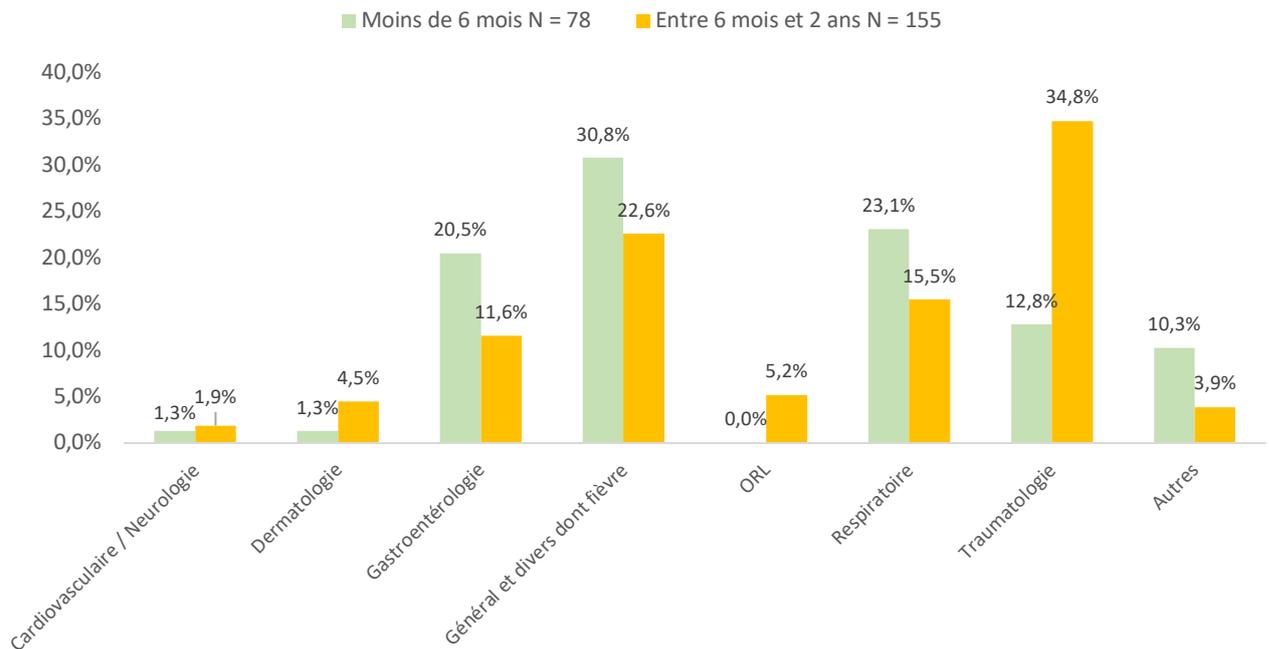


Figure 2. Répartition des motifs de consultation selon l'âge de l'enfant (N=233)

Les données sociodémographiques des familles ainsi que la comparaison entre les familles ayant bénéficié de la prévention sur les traumatismes crâniens et le reste des parents sont présentées dans *le Tableau 1*.

Tableau 1. Description sociodémographique des patients de moins de 2 ans et de leur famille, ayant consulté aux urgences pédiatriques du CHU de Grenoble (N=233), et analyse de la population selon le critère « parents ayant déjà reçu une prévention sur les traumatismes crâniens ».

Caractéristiques	Total N = 233	Information délivrée aux parents sur le risque de traumatisme crânien			p- value ³
		Non N = 178	Oui N = 55		
Motif de consultation¹					0,998
Cardiovasculaire / Neurologie	4 (1,7)	3 (1,7)	1 (1,8)		
Dermatologie	8 (3,4)	6 (3,4)	2 (3,6)		
Gastroentérologie	34 (14,6)	26 (14,6)	8 (14,5)		
Général et divers dont fièvre	59 (25,3)	46 (25,8)	13 (23,6)		
ORL	8 (3,4)	6 (3,4)	2 (3,6)		
Respiratoire	42 (18,0)	33 (18,5)	9 (16,4)		
Traumatologie	64 (27,5)	48 (27,0)	16 (29,1)		
Autres	14 (6,0)	10 (5,6)	4 (7,3)		
Sexe de l'enfant¹, Féminin	110 (47,2)	82 (46,1)	28 (50,9)		0,530
Âge de l'enfant (en mois)²	9,4 (6,9)	9,6 (7,1)	8,5 (6,2)		0,386
Âge du parent¹					0,513
Moins de 20 ans	7 (3,0)	4 (2,2)	3 (5,5)		
20-29 ans	87 (37,3)	69 (38,8)	18 (32,7)		
30-39 ans	123 (52,8)	92 (51,7)	31 (56,4)		
40 ans ou plus	16 (6,9)	13 (7,3)	3 (5,5)		
Famille monoparentale¹	46 (19,7)	36 (20,2)	10 (18,2)		0,739
Nombre d'enfants dans la famille¹					0,766
1	103 (44,2)	81 (45,5)	22 (40,0)		
2	80 (34,3)	60 (33,7)	20 (36,4)		
3 ou plus	50 (21,5)	37 (20,8)	13 (23,6)		
Nombre d'enfants de moins de 3 ans dans la famille¹					0,060
1	189 (81,1)	149 (83,7)	40 (72,7)		
2	41 (17,6)	28 (15,7)	13 (23,6)		
3 ou plus	3 (1,3)	1 (0,6)	2 (3,6)		
Niveau d'étude de la mère¹					0,821
Sans diplôme	32 (13,7)	25 (14,0)	7 (12,7)		
CAP	28 (12,0)	20 (11,2)	8 (14,5)		
Baccalauréat	53 (22,7)	39 (21,9)	14 (25,5)		
Études supérieures	120 (51,5)	94 (52,8)	26 (47,3)		
Suivi réalisé par¹					
PMI	38 (16,3)	32 (18,0)	6 (10,9)		0,215
Médecin généraliste	134 (57,5)	103 (57,9)	31 (56,4)		0,844
Pédiatre	75 (32,2)	52 (29,2)	23 (41,8)		0,080
Aucun	3 (1,3)	3 (1,7)	0 (0,0)		>0,999
Autre	2 (0,9)	1 (0,6)	1 (1,8)		>0,999
Réseau préma	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (1,8)		
Réseau RPSS	1 (0,4)	1 (0,6)	0 (0,0)		
Suivi de qualité de l'enfant¹					0,831
Non	12 (5,2)	9 (5,1)	3 (5,5)		
Non évaluable	7 (3,0)	5 (2,8)	2 (3,6)		
Oui	214 (91,8)	164 (92,1)	50 (90,9)		
Présence d'équipements de sécurité au domicile¹	179 (76,8)	132 (74,2)	47 (85,5)		0,083
Antécédents de consultation pour traumatisme crânien dans la fraterie¹	34 (14,6)	21 (11,8)	13 (23,6)		0,030
Connaissance du site « 1000 premiers jours »¹	83 (35,6)	63 (35,4)	20 (36,4)		0,895

¹ n (%); ² Moyenne (Écart-type); ³ Test de Fisher exact, Test du Chi-2 de Pearson, Test de rangs de Wilcoxon

Une information sur les TC, leurs risques et moyens de prévention a été délivrée au cours du suivi de l'enfant pour 55 familles (23,6%). Cette information a été délivrée à la maternité pour 58,9% des familles, par un médecin généraliste pour 25,0% des familles, par un pédiatre pour 25,0% des familles, en PMI pour 8,9% des familles et par une sage-femme pour 8,9% des familles. Enfin 2 autres familles ont été informées par un autre professionnel de santé. L'information a été délivrée par deux professionnels de santé distincts pour 16 familles (29%).

Ainsi, les médecins généralistes étaient le vecteur de prévention pour 10,4% ($p=0,346$) des familles qu'ils suivaient, la PMI pour 5,3% ($p=0,294$) des familles qu'elle suivait et les pédiatres pour 18,7% ($p=0,042$) des familles qu'ils suivaient avec une valeur significativement supérieure aux deux autres.

Cette information a été délivrée sous forme orale pour 91,1% ($n=51$) des familles, via un prospectus pour 23,2% ($n=13$) des familles, sous format vidéo pour 5,4% des familles, par un site internet pour 5,4% des familles, par une affiche pour 1 famille et d'une autre manière non précisée pour 1 famille. L'information a été délivrée sous 2 formes différentes pour 12 familles (21,9%) et sous 3 formes pour 1 famille (1,8%).

Parmi les familles interrogées, 32 consultaient aux urgences dans le cadre d'un traumatisme crânien chez leur enfant, soit 50,0% des consultations pour traumatisme. Les caractéristiques de ces traumatismes ainsi que l'analyse en sous-groupe entre les familles ayant reçu une prévention et les familles n'en ayant pas reçu, sont regroupés dans le *Tableau 2*.

Tableau 2. Description du traumatisme et de son contexte, selon que les parents aient été préalablement informés sur les risques de traumatisme crânien, chez les patients ayant consulté au SAUP du CHUGA pour traumatisme crânien (n = 32).

Caractéristiques	Total N = 32	Information délivrée aux parents sur le risque de traumatisme crânien		p-value ²
		Non N = 25	Oui N = 7	
Âge de la personne en charge de l'enfant¹				>0,999
- 16 ans	1 (3,1)	1 (4,0)	0 (0,0)	
+ 16 ans	31 (96,9)	24 (96,0)	7 (100,0)	
Traumatisme vu par la personne responsable¹	20 (64,5)	15 (60,0)	5 (83,3)	0,383
Personne responsable située à moins d'un mètre¹	18 (56,3)	14 (56,0)	4 (57,1)	>0,999
Mécanisme du traumatisme¹				0,237
Traumatisme crânien sans chute	2 (6,5)	2 (8,3)	0 (0,0)	
Chute de la hauteur de l'enfant	7 (22,6)	7 (29,2)	0 (0,0)	
Plus que sa hauteur	22 (71,0)	15 (62,5)	7 (100,0)	
Objet impliqué dans le traumatisme¹				0,024
Chaise haute	3 (10,3)	2 (9,1)	1 (14,3)	
Chute des bras d'une tiers personne	2 (6,9)	1 (4,5)	1 (14,3)	
Cosy ou poussette	1 (3,4)	1 (4,5)	0 (0,0)	
Escalier	6 (20,7)	5 (22,7)	1 (14,3)	
Lit ou canapé	8 (27,6)	7 (31,8)	1 (14,3)	
Table à langer	3 (10,3)	0 (0,0)	3 (42,9)	
Autre	6 (20,7)	6 (27,3)	0 (0,0)	
Utilisation correcte d'un objet de sécurité au cours de l'accident¹	5 (50,0)	5 (62,5)	0 (0,0)	0,444
Données manquantes	22	17	5	

¹ n (%); ² Test de Fisher exact

Nous avons également comparé les familles consultant pour traumatisme crânien avec les familles consultant pour un autre motif selon leurs données sociodémographiques (Tableau 3). Parmi ces deux groupes, la prévention a été réalisée pour 23,9% (48) des familles ne consultant pas pour TC et pour 21,9% (7) des familles consultant pour TC. Les caractéristiques détaillées de cette prévention ont été comparées dans la Figure 3.

Tableau 3. Description sociodémographique des patients de moins de 2 ans et de leur famille, ayant consulté au SAUP du CHUGA (N=233), et analyse de population selon le motif de consultation, traumatisme crânien ou non.

Caractéristiques	Consultation pour un traumatisme crânien		
	Non N = 201	Oui N = 32	p-value ²
Sexe de l'enfant¹, Féminin	95 (47,3)	15 (46,9)	0,967
Âge de l'enfant (en mois)²	9,0 (7,0)	11,5 (6,1)	0,037
Âge du parent¹			0,870
Moins de 20 ans	6 (3,0)	1 (3,1)	
20-29 ans	76 (37,8)	11 (34,4)	
30-39 ans	106 (52,7)	17 (53,1)	
40 ans ou plus	13 (6,5)	3 (9,4)	
Famille monoparentale¹	42 (20,9)	4 (12,5)	0,268
Nombre d'enfants dans la famille¹			0,487
1	87 (43,3)	16 (50,0)	
2	72 (35,8)	8 (25,0)	
3 ou plus	42 (20,9)	8 (25,0)	
Nombre d'enfants de moins de 3 ans dans la famille¹			0,658
1	161 (80,1)	28 (87,5)	
2	37 (18,4)	4 (12,5)	
3 ou plus	3 (1,5)	0 (0,0)	
Niveau d'étude de la mère¹			0,727
Sans diplôme	29 (14,4)	3 (9,4)	
CAP	23 (11,4)	5 (15,6)	
Baccalauréat	47 (23,4)	6 (18,8)	
Études supérieures	102 (50,7)	18 (56,3)	
Suivi réalisé par¹			
PMI	33 (16,4)	5 (15,6)	0,910
Médecin généraliste	115 (57,2)	19 (59,4)	0,818
Pédiatre	64 (31,8)	11 (34,4)	0,776
Aucun	2 (1,0)	1 (3,1)	0,359
Autre	2	0 (0,0)	>0,999
Réseau préma	1 (50,0)	0 (0,0)	
Réseau RPSS	1 (50,0)	0 (0,0)	
Suivi de qualité de l'enfant¹			0,750
Non	11 (5,5)	1 (3,1)	
Non évaluable	7 (3,5)	0 (0,0)	
Oui	183 (91,0)	31 (96,9)	
Présence qu'équipements de sécurité au domicile¹	151 (75,1)	28 (87,5)	0,123
Antécédents de consultation pour traumatisme crânien dans la fraterie¹	27 (13,4)	7 (21,9)	0,277
Connaissance du site « 1000 premiers jours »¹	69 (34,3)	14 (43,8)	0,301

¹ n (%); ² Moyenne (Écart-type); ³ Test du Chi-2 de Pearson, test des rangs de Wilcoxon, test de Fisher exact

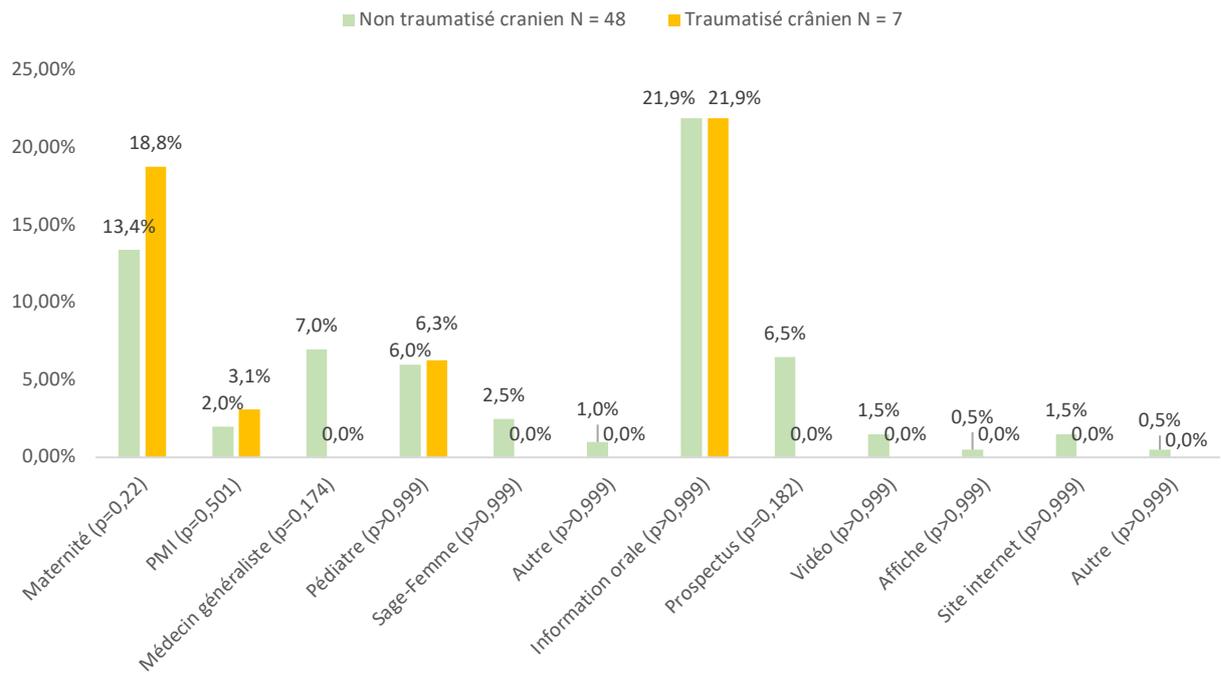


Figure 3. Description des caractéristiques de la prévention réalisée auprès des familles d'enfants de moins de 2 ans ayant consulté au SAUP du CHUGA pour traumatisme crânien, selon le motif de consultation, en traumatologie ou non (en %).

DISCUSSION

Notre étude a permis de mettre en évidence l'implication des professionnels de santé auprès des parents de nourrissons de moins de 2 ans, dans la prévention primaire des TC. Concernant l'échantillon de population de parents d'enfants de moins de 2 ans ayant consulté aux Urgences Pédiatriques du CHU de Grenoble pendant notre enquête, nous avons pu établir que cette prévention concernait un tiers d'entre eux. Ce qui paraît trop peu compte tenu de l'importance du sujet.

Le principal relais d'information identifié de cette prévention primaire était la maternité, incontournable acteur du parcours de soins du nouveau-né. En tant que premier contact systématique dans le parcours de soins, elle joue un rôle central, notamment en terme de prévention. Cette étape qui encadre la naissance de l'enfant est une occasion privilégiée pour délivrer aux jeunes parents les messages essentiels et nécessaires à la santé et à la sécurité de leur nouveau-né. Cependant la quantité d'informations à délivrer rentre en conflit avec l'optimisation des durées d'hospitalisation et la réduction des moyens humains. Les autorités publiques ont jugé nécessaire et obligatoire de se donner les moyens de prolonger cet accompagnement parental. C'est ainsi qu'est né de la commission d'un groupe d'experts, sur l'initiative du Président de la République en Septembre 2019 et diligenté par le ministère de la santé, le programme nommé « Les 1000 premiers jours, Là où tout commence » (5). Ce programme a pour but de fournir toutes les informations essentielles au développement adéquat et à la protection du nouveau-né. Il associe des outils digitaux tels qu'un site internet ou une application mobile à des supports plus traditionnels tels que des livrets et il favorise l'accompagnement des parents en sortie de maternité.

Dans ce contexte, une expérimentation a été déployée de mars 2022 à mars 2023 dans 255 maternités en France avec la délivrance aux parents d'une « bébé box » qui contient des objets de périnatalité et des supports d'information afin de renforcer la prévention en maternité et favoriser le retour à domicile. Sznajder et al (7) et Kendrick et al. (8) ont en effet souligné l'intérêt de fournir du matériel de prévention associé à des conseils afin de maximiser l'impact sur le comportement des cibles. Ce programme a bénéficié à 3 maternités du bassin Grenoblois (Clinique mutualiste, Clinique des cèdres et Clinique Belledonne). Il a donc pu influencer sur nos résultats. Nous espérons une augmentation de la fréquence de prévention en maternité en cas de généralisation de ce type d'intervention.

Dans notre étude, la prévention était également assurée, en grande partie, par les pédiatres et les médecins généralistes avec toutefois un taux plus élevé chez les pédiatres lié à leur formation sur le soin de l'enfant et une grande sensibilité à la prévention. Les pédiatres et les médecins généralistes constituent les principaux intervenants dans le suivi postnatal immédiat, débutant dans le premier mois de vie de l'enfant. Ces consultations régulières permettent non seulement de surveiller le développement de l'enfant mais aussi d'aider les parents à gérer les défis de la parentalité. Toutefois, l'abondance d'informations à communiquer peut contraindre le praticien à prioriser certains aspects de la prévention. Ceci pourrait expliquer le faible taux de prévention des TC relevé dans notre étude. On pourrait ainsi envisager de proposer aux praticiens un calendrier de prévention qui permettrait de les guider sur les axes de prévention à aborder lors des examens obligatoires en fonction de l'âge de l'enfant.

En effet il a été mis en évidence que les conseils donnés par les praticiens libéraux avaient un effet positif sur la survenue d'AcVC (9,10). Bien qu'un suivi de qualité soit assuré—comme le montre la bonne adhérence aux consultations et aux vaccinations obligatoires—le format majoritairement oral de la prévention pourrait contribuer à une mauvaise mémorisation par les parents. Le rapport de mission ministériel français dirigé par les Pr Didier Courbet, Fabien Girandola, et Nathalie Blanc fait état de plusieurs stratégies de communication. La narration ou l'appel aux sentiments négatifs, seraient pertinents à promouvoir afin de maximiser l'impact de la prévention en cabinet (11). De plus, l'ajout d'un support visuel, trop peu utilisé dans notre étude, permettrait d'augmenter l'efficacité de cette prévention (12,13). Cependant, nous manquons d'informations sur les méthodes précises de communication employées par les praticiens dans notre étude. Il serait intéressant de les explorer.

Par ailleurs, le taux de prévention réalisée en PMI était minoritaire alors même qu'elle a pour mission principale la promotion de la santé de l'enfant. Le DREES a relevé une diminution des effectifs en PMI avec pour conséquence une diminution du nombre de consultations pouvant impacter l'efficacité de leur action (14). La prévention par une sage-femme en dehors de la maternité était également minoritaire, alors même que selon l'assurance maladie, 79,1% des mères auraient bénéficié en 2021, de la visite à domicile d'une sage-femme en post partum (15). Ces dernières ont pour principale mission la santé de la femme, mais elles sont à même de délivrer un message de prévention concernant les enfants.

Tous ces éléments vont dans le sens du rapport des 1000 premiers jours qui propose de développer l'évaluation des pratiques des professionnels de santé, afin de favoriser la recherche et ainsi améliorer leur formation pour une meilleure promotion de la santé de l'enfant (16).

Notre étude a montré que le programme d'accompagnement des 1000 premiers jours était mal connu des parents d'enfants de moins de 2 ans, même parmi ceux ayant bénéficié de l'information sur les mesures de prévention. Associé au faible taux de recours aux outils de prévention numériques (site internet ou application) décrit dans l'étude, cela semble indiquer un manque de promotion de ce programme par les professionnels de santé, possiblement par manque de connaissance de leur part, et aboutissant à une utilisation suboptimale par les parents. Les outils digitaux sont pourtant une piste prometteuse qui requière notre attention. Ils ont déjà prouvé leur efficacité dans la diffusion de messages de prévention des traumatismes et l'adoption de comportements sécuritaires (17).

Dans notre étude la répartition des motifs de consultation est conforme à celle de l'étude nationale des urgences (3). Il en était de même pour les caractéristiques socio démographiques telles que le genre de l'enfant, le niveau d'étude de la mère, l'âge des parents, le nombre de familles monoparentales ainsi que le nombre d'enfants est en corrélation avec la population générale (18,19). Bien que les enfants soient passés par les urgences, la grande majorité d'entre eux bénéficient d'un suivi régulier en ville (6).

Les facteurs de risques de TC chez l'enfant, sont décrits par de nombreuses études (7,11,20), à savoir l'âge de la mère et son niveau socio-professionnel, le nombre d'enfants et leurs âges, les antécédents d'accidents ayant touché la famille dans les 6 derniers mois, les familles monoparentales, le bon respect de la couverture vaccinale (21). Cependant, la population de notre étude ayant reçu une prévention ne présentait pas ces facteurs de risques, comme on aurait pu l'attendre si la prévention avait été ciblée sur les familles à risques. Ce qui est suggéré par le rapport européen sur la prévention des blessures d'enfants (22) ainsi que le rapport ministériel français (11), l'objectif étant d'optimiser l'efficacité de cette prévention.

Plusieurs éléments parmi nos résultats nous font douter de l'efficacité de la prévention sur la réduction des TC à l'échelle de notre population. Nous avons tout d'abord constaté dans notre population d'étude que la prévention avait été effectuée dans des proportions comparables pour les traumatisés crâniens et pour le reste de la population.

De plus, la totalité des traumatismes crâniens chez les enfants de parents ayant reçu une prévention étaient liés à une chute supérieure à la hauteur de l'enfant. Nous avons également noté chez ces enfants une plus forte proportion de traumatismes liés à la table à langer, qui est l'un des principaux pourvoyeurs de TC accidentel chez les moins de 2 ans (3). Toutefois, il convient de rester prudent en raison de la taille très réduite de l'échantillon étudié.

La majorité des parents ont affirmé posséder des équipements de sécurité à domicile. Ce qui montre leur sensibilité aux risques d'AcVC et de TC. Bien que la prévention semble encourager la possession de ces équipements, aucune différence statistique n'a été observée dans notre étude. De plus, le fort taux de possession de ces équipements ne semble pas avoir d'impact sur la réduction du risque de traumatisme dans notre population. Selon Nguyen-Thanh et al (23), l'équipement de sécurité a un effet sur la réduction des AcVC et doit être encouragé. Il serait donc pertinent d'approfondir en examinant le type d'équipement au domicile et de s'assurer de son utilisation correcte.

L'analyse du contexte des chutes concorde avec la littérature existante (3,24) et met en lumière une proportion encore élevée de traumatismes se produisant en dehors du champ d'action de la personne en charge. Selon B. Morrongiello (25), une surveillance efficace repose sur les ressources attentionnelles consacrées à l'enfant, la proximité spatiale et la continuité temporelle de la surveillance.

Le fait que des accidents surviennent également alors que l'adulte est à proximité de l'enfant et le surveille pose question sur la conscience et l'évaluation des risques par les parents. Il existe une tendance des parents à mal évaluer les capacités sensitives et motrices de leurs enfants et ainsi à sous évaluer les risques. Comme le décrit B. Morrongiello (26), la légèreté de la supervision est corrélée avec la fréquence de survenue d'AcVC chez l'enfant. Il faut donc intégrer au discours, en prévention primaire mais aussi secondaire, la description des étapes du développement de l'enfant, afin que les parents appréhendent au mieux les risques encourus par leur enfant, et insister sur la qualité de la supervision.

Les enfants qui consultaient pour un traumatisme crânien avaient une moyenne d'âge supérieure au reste de la population d'étude. On retrouve une répartition des âges similaire dans l'étude des urgences de 2013 de la DREES avec des consultations pour motif de traumatologie principalement après 6 mois (3), ainsi qu'un pic de traumatismes crâniens avant un an (27), lié au développement psychomoteur et la mise en place progressive des réflexes parachutes. Il apparaît important d'intervenir auprès des parents de manière précoce dans le suivi.

Les patients allophones présentent des difficultés d'accès aux soins, y compris à la prévention primaire (28). Cette précarité en santé les exposant notamment au risque de TC, il aurait été intéressant de les étudier. Nous les avons exclus afin de limiter les biais lors du recueil de données, et cela constitue une des limitations de notre étude. De plus, nous avons interrogé les parents d'enfants de moins de 2 ans consultant aux urgences de Grenoble, ce qui n'est qu'un reflet partiel de la population générale.

Les familles ayant reçu une prévention se différencient des autres par un antécédent de consultation pour TC dans la fratrie. Cependant nous n'avons pas fait préciser aux parents la temporalité entre la délivrance de la prévention et la survenue du traumatisme crânien dans la fratrie. Il faut donc être prudent sur l'hypothèse d'une prévention ciblée. De plus il peut également s'agir d'un biais de mémorisation ; les familles ayant vécu un TC dans la fratrie seront plus réceptives à une prévention primaire sur le sujet.

Sur la période de recueil de données, le nombre d'enfants non inclus ou exclus a été important. Il était demandé aux professionnels chargés de ce recueil de données, de remplir le questionnaire pour tous les enfants en stipulant le cas échéant le critère d'exclusion. Cela n'a été fait que sur les premières semaines d'inclusion. Nous ne pouvons pas évaluer avec précision le nombre de données manquantes, engendrant un possible biais de sélection. Il en est de même pour le plus faible taux d'inclusions en horaires de garde lié à une réduction des effectifs médicaux la nuit ainsi qu'une plus grande pénibilité du travail, faisant passer les inclusions au second plan.

Enfin, le constat que la traumatologie constitue le principal motif de consultation pour les enfants de moins de 2 ans dans notre étude, et plus généralement pour les enfants de 6 mois à 2 ans selon l'étude nationale de 2013 (3), met en évidence l'urgence de renforcer les politiques de prévention et d'intervention précoces pour cette tranche d'âge spécifique. Il semble nécessaire de promouvoir la délivrance d'une information de prévention primaire à des moments clés du suivi de l'enfant et de développer l'utilisation des outils digitaux, plus parlant auprès des jeunes parents et encore sous utilisés. Les pouvoirs publics doivent poursuivre leurs efforts dans la formation et l'accompagnement des professionnels de la petite enfance. Ainsi le programme des « 1000 premiers jours » constitue une piste prometteuse dans la prévention et la réduction des traumatismes crâniens ainsi que de l'ensemble des AcVC.

THÈSE SOUTENUE PAR : Antoine BISTOUR-LALEVÉE

TITRE :

UNE PRÉVENTION PRIMAIRE DES TRAUMATISMES CRÂNIENS LORS DES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE EST-ELLE RÉALISÉE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉS AUPRÈS DES PARENTS D'ENFANTS DE MOINS DE DEUX ANS ? ÉTUDE PROSPECTIVE AUX URGENCES

CONCLUSION :

Les traumatismes crâniens sont un motif de consultation très fréquent notamment dans un service d'urgences pédiatriques. Bien que souvent bénins, ces traumatismes peuvent conduire à de graves complications chez les enfants. Ils nécessitent parfois le recours à des examens irradiants de réalisation difficile chez les petits et non sans conséquence sur leur santé future, sans compter leur coût pour la société.

La prévention de ces traumatismes, réalisée par les professionnels de santé impliqués dans le suivi des enfants de moins de 2 ans, apparaît comme insuffisante d'après les conclusions de notre étude. D'après nos 233 questionnaires étudiés, elle concernait un peu moins d'un quart des familles. L'information a été délivrée pour moitié à la maternité en proportion équivalente par les pédiatres et les médecins généralistes qui représentait chacun un quart. Nous avons noté dans notre étude une sous-utilisation des outils de prévention tels que les supports illustrés ou les outils digitaux qui ont pourtant fait leur preuve dans ce domaine. De plus cette prévention ne semble pas être ciblée sur les populations à risques malgré des facteurs de susceptibilités déjà décrites dans la littérature.

Il semble donc nécessaire d'encourager les professionnels de santé responsable du suivi des enfants de moins de 2 ans à accentuer leur effort concernant la prévention primaire des traumatismes crâniens dans le cadre des AcVC. Il faut également encourager les professionnels de santé à identifier les personnes à risque et leur proposer un accompagnement adapté. Ces professionnels pourraient également s'aider des supports d'informations tels que des prospectus ou des affiches ainsi que des supports numériques afin de renforcer l'impact de cette prévention. Il pourrait être intéressant de réfléchir aux méthodes de sensibilisation des professionnels de santé sur cette question afin de renforcer l'action de prévention individuelle.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 26/09/19

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFER de Médecine
Par délégation
du Président de l'UGA

Pr Olivier PALOMBI

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY



Pr Guillaume MORTAMET

BIBLIOGRAPHIE

1. Urgences; plus d'un quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans - DREES.
2. Traumatismes [Internet]. [cité 16 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes>
3. Les accidents de la vie courante chez les moins de 15 ans en France métropolitaine.
4. Mulligan CS, Adams S, Tzioumi D, Brown J. Injury from falls in infants under one year. *J Paediatr Child Health*. août 2017;53(8):754-60.
5. 1000 premiers jours - Là où tout commence [Internet]. [cité 16 sept 2024]. 1000 premiers jours - Là où tout commence. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/node>
6. Les consultations aux urgences pédiatriques, étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfant.
7. 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*. sept 2003;9(3):261-5.
8. Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention (Review). *Evid-Based Child Health Cochrane Rev J*. mai 2013;8(3):761-939.
9. DiGuseppi C, Goss CW, Higgins JP. Interventions for promoting smoke alarm ownership and function. *Cochrane Injuries Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 23 avr 2001 [cité 16 sept 2024]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002246>
10. Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Injuries Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 28 mars 2013 [cité 16 sept 2024];2013(6). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006020.pub3>

11. Courbet D, Girandola F, Blanc N. Prévention des Accidents de la Vie Courante en France - Propositions pour une politique de communication de santé publique fondée sur des recherches scientifiques internationales. Rapport de Mission Ministérielle, dirigée par le Pr Didier Courbet, le Pr Fabien Girandola, Pr Nathalie Blanc.
12. Garcia-Retamero R, Cokely ET. Communicating Health Risks With Visual Aids.
13. Morrongiello BA, Bell M, Butac M, Kane A. What features of images affect parents' appraisal of safety messages? Examining images from the *A Million Messages* programme in Canada. *Inj Prev.* févr 2014;20(1):16-20.
14. Protection maternelle et infantile (PMI); un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019- DREES.
15. Enquête périnatalité rapport 2021 - Inserm.
16. Rapport de la commission des 1000 premiers jours SEPTEMBRE 2020.
17. Omaki E, Rizzutti N, Shields W, Zhu J, McDonald E, Stevens MW, et al. A systematic review of technology-based interventions for unintentional injury prevention education and behaviour change. *Inj Prev.* avr 2017;23(2):138-46.
18. Ménage – Famille – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 20 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277630?sommaire=4318291>
19. Les familles en 2020 : 25 % de familles monoparentales, 21 % de familles nombreuses - Insee Focus - 249 [Internet]. [cité 20 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5422681>
20. Julé et Chevallier - 2009 - Accidents de l'enfant quelles sont les données é.pdf.
21. Fleming DM, Charlton JRH. Morbidity and healthcare utilisation of children in households with one adult: comparative observational study. *BMJ.* 23 mai 1998;316(7144):1572-6.
22. Sethi D, World Health Organization, éditeurs. European report on child injury prevention. Copenhagen: World Health Organization Europe; 2008. 98 p.
23. Nguyen-Thanh V, Clément J, Thélot B, Richard JB, Lamboy B, Arwidson P. Les interventions efficaces en prévention des accidents de la vie courante chez les enfants : une synthèse de littérature. *Santé Publique.* 22 oct 2015;Vol. 27(4):481-9.

24. Claudet I, Gurrera E, Honorat R, Rekhroukh H, Casasoprana A, Grouteau E. Accidents domestiques par chute avant l'âge de la marche. Arch Pédiatrie. mai 2013;20(5):484-91.
25. Morrongiello BA. Preventing Unintentional Injuries to Young Children in the Home: Understanding and Influencing Parents' Safety Practices. Child Dev Perspect. déc 2018;12(4):217-22.
26. Morrongiello BA. Understanding Toddlers' In-Home Injuries: II. Examining Parental Strategies, and Their Efficacy, for Managing Child Injury Risk. J Pediatr Psychol. 1 sept 2004;29(6):433-46.
27. 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. déc 2006;6(1):187.
28. Sampers A, Geng A. L'ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE DES MIGRANTS EN BOURGOGNE – FRANCHE-COMTE.

ANNEXES

Questionnaire Thèse TC AcVC
A. BISTOUR 20/02/2024

Etiquette Patient

Questionnaire dans le cadre d'une étude prospective aux urgences pédiatriques de Grenoble concernant les traumatismes crâniens lors des accidents de la vie courante chez l'enfant âgé de moins de deux ans.

Critère d'exclusion : Si au moins 1 critère, coller l'étiquette du patient, entourer le critère d'exclusion et ne pas remplir de questionnaire

- Absence de consentement
- Barrière de la langue (ok pour inclusion si la personne est en capacité de comprendre les questions)
- Enfant instable à l'arrivée aux urgences pédiatriques (instabilité hémodynamique, détresse respiratoire, Glasgow < 13) dont l'évolution reste critique, nécessitant une prise en charge par les réanimateurs
- Motif de recours : suspicion de maltraitance
- Parents déjà interrogé lors d'un précédent passage aux urgences
- Le référent de l'enfant lors de la consultation n'est pas le père ou la mère

Justification de la thèse à donner aux parents : Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine. Elle consiste à étudier la réalisation d'une prévention auprès des parents au cours du suivi des enfants, au sujet des traumatismes crâniens dans le cadre des accidents de la vie courante. Elle a pour but d'améliorer cette prévention afin de limiter les accidents au quotidien.

Utilisation faite des données et de la sécurité dessus : Les données recueillies seront anonymisées et ne serviront que pour cette étude. Pour plus d'informations, affiches disponibles en salle d'attente.

Consentement recueilli oralement auprès des parents pour la participation à l'étude. *Si pas de consentement, barrer le questionnaire et le mettre avec les questionnaires remplis*

- Parent ok pour inclusion Refus des parents

Pour tous les patients âgés de moins de 2 ans consultant aux urgences pédiatriques :

1. Motif de consultation :

- Traumatologie Gastroentérologie
 Général et divers dont fièvre Respiratoire Dermatologie
 ORL Cardiovasculaire / Neurologie Autres

La rubrique « général et divers » comprend les motifs « fièvre, problème d'altération de l'état général, fatigue, sutures, pansements »

2. Age du parent : < 20 ans 20-30 ans 30-40 ans > 40 ans

Age du parent accompagnant l'enfant, si les deux présents choisir la mère

3. Famille monoparentale Oui Non

4. Nombre d'enfants : 1 2 3 et +

5. Nombre d'enfants âgés de moins de 3 ans : 1 2 3 et +

6. Niveau d'étude de la mère : Sans diplôme CAP
 Baccalauréat Études supérieures

7. De quelle manière est organisé le suivi de santé de votre enfant ?

- PMI Pas de suivi
 Médecin généraliste Autre :

Pédiatre

Cocher la case du professionnel qui s'occupe des consultations de suivi. Ne pas cocher si consultations pour motif aigue uniquement. Si suivi partagé, cocher plusieurs cases.

8. Votre enfant a-t-il bénéficié des consultations obligatoires prévues lors du suivi de santé des nourrissons de moins de deux ans ?

- Oui Non Non évaluable

Cocher « Oui » si pas de retard vaccinal (tolérance de retard de 1 mois) et si consultations de suivi en dehors des vaccins. Possibilité de s'aider des courbes de croissances, si points à l'âge des consultations. Si carnet non disponible demander le statut vaccinal aux parents.

Cocher « Non évaluable » en cas de manque d'information.

Consultations obligatoires de l'enfant de moins de 2 ans :

***J15, M1, M2** (vaccin Prevenar + Hexavalent), **M3, M4** (vaccin Prevenar + Hexavalent), **M5** (Vaccin Neisvac), **M6, M9, M11** (non obligatoire mais vaccin Prevenar + Hexavalent) **M12** (vaccin Neisvac et Priorix), **M15-18** (Vaccin Priorix).*

9. Présence d'équipements de sécurité au domicile contre les traumatismes crâniens (ex barrière de sécurité, ceinture ventrale sur chaise haute, lanière dans le landau, revêtement mou au sol, sécurités sur les fenêtres...) :

- Oui Non

10. Avez-vous déjà consulté dans le cadre d'un traumatisme crânien pour l'un de vos enfants ?

- Oui Non

11. Avez-vous été informé au cours du suivi de santé de votre enfant des risques liés aux traumatismes crâniens lors des accidents de la vie courante et des méthodes de prévention qui y sont associées ?

- Oui Non

• Si oui, dans quel contexte : Sous quelle forme ? :

- A la maternité Information orale
 PMI Un prospectus
 Médecin généraliste Une vidéo
 Pédiatre Une affiche
 Sage-femme libérale Un site internet/application mobile
 Autre : Autre :

En cas d'informations données par plusieurs professionnels, cocher les cases correspondantes. Même chose pour les supports d'informations.

12. Êtes-vous au courant de l'existence du site ou de l'application « 1000 premiers jours » relatif à la prévention concernant les enfants de moins de 2 ans ?

- Oui Non

Site internet à l'initiative du gouvernement pour former les parents aux bons réflexes concernant la santé de leur enfant, de la conception jusqu'aux 2 ans. Proposer aux parents de le consulter.

Pour les patients âgés de moins de 2 ans ET consultants pour un traumatisme crânien lors d'un accident de la vie courante : Ne concerne que les enfants dont le motif de consultation est le TC dans le cadre d'un Accident de la vie courante. Donc exclusion des AVP et de la maltraitance. Sont concernées les plaies de l'extrémité céphalique.

13. Age de la personne en charge de l'enfant au moment du traumatisme :

- Plus de 16 ans Moins de 16 ans.

14. La personne en charge de l'enfant a-t-elle vu la chute ?

- Oui Non

15. La personne en charge de l'enfant était-elle à moins d'un mètre de lui ?

- Oui Non

16. Mécanisme du traumatisme crânien :

- TC sans chute Chute de la hauteur de l'enfant > sa hauteur
TC sans chute = s'est cogné contre un objet

17. Objet impliqué :

- Lit/canapé Table à langer Chaise haute cosy/poussette
 Escalier Chute des bras d'une tierce personne Autre

18. Utilisation correcte de l'objet de sécurité :

- Oui Non Non concerné

Question cherchant à évaluer la bonne utilisation des objets permettant d'éviter les TC. Par exemple si chute de la poussette, l'enfant était-il attaché ? Chute dans les escaliers, si existence d'une barrière, était-elle bien fermée etc.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”

RÉSUMÉ : Les traumatismes constituent le deuxième motif de consultation aux urgences chez les enfants de moins de 2 ans en France avec en tête les traumatismes crâniens (TC) de causes accidentelles. Bien que souvent bénins, ces traumatismes peuvent conduire à de graves complications chez les enfants. Leurs prises en charge impliquent, dans certaines situations, le recours à des examens irradiants, pouvant avoir des conséquences sur la santé du patient et sont à l'origine d'un coût pour la société. Nous nous sommes intéressés à rechercher si, les professionnels de santé impliqués dans le suivi des enfants de moins de 2 ans, effectuent une prévention primaire des TC survenant au cours d'accidents de la vie courante (AcVC) dans cette tranche de population. Nous avons réalisé une étude prospective au dans le Service d'Accueil d'Urgence Pédiatrique (SAUP) du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA). Les personnes interrogées étaient les parents d'enfants de moins de 2 ans consultant au SAUP pendant la période de recueil. Le recueil a été réalisé par le personnel médical du 25 mars 2024 au 30 juin 2024 via un questionnaire standardisé avec au total 233 réponses analysés. Une information sur les TC, leurs risques et moyens de prévention avait été délivrée au cours du suivi de l'enfant pour 55 familles (23,6 %). Parmi elles, cette information a été délivrée en majorité par la maternité puis par un pédiatre et un médecin généraliste en proportions équivalentes. Cette information a été délivrée sous forme orale pour 91,1% (n=51) des familles. D'autres formes d'informations tel que les prospectus, les sites internet ou les affiches ont très peu été utilisés. Cette prévention ne semblait par ailleurs pas cibler les populations à risque. Il semble nécessaire d'encourager les professionnels de santé réalisant le suivi des enfants de moins de 2 ans à accentuer leur effort concernant la prévention des traumatismes crâniens dans le cadre des AcVC dans cette population ainsi que de les encourager à utiliser des supports d'informations plus modernes et plus à même de sensibiliser les jeunes parents (affiches, prospectus, outils digitaux).

TITLE: IS PRIMARY PREVENTION OF HEAD TRAUMA IN EVERYDAY ACCIDENTS CARRIED OUT BY HEALTHCARE PROFESSIONALS WITH PARENTS OF CHILDREN UNDER TWO YEARS OF AGE? PROSPECTIVE STUDY IN EMERGENCY DEPARTMENTS

SUMMARY: Trauma is the second most common cause of emergency room visits among children under 2 in France, with accidental head injuries (TBIs) at the top of the list. Although often benign, these injuries can lead to serious complications in children. In certain situations, it can lead to irradiating examinations, which can have consequences for the patient's health and are costly for society. We investigated whether healthcare professionals involved in the care of children under 2 years of age carry out primary prevention of CT occurring during accidents of everyday life (AcVC) in this population group. We carried out a prospective study in the Service d'Accueil d'Urgence Pédiatrique (SAUP) of the Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), using a standardized questionnaire. Data were collected by medical staff between March 25, 2024 and June 30, 2024, with a total of 233 questionnaires analyzed. Respondents were parents of children under the age of 2 consulting the SAUP during the collection period. Fifty-five families (23.6%) had received information on TBIs, their risks and means of prevention during their child's follow-up. Of these, 58.9% of families received this information at the maternity hospital, and the rest from general practitioners, pediatrician. This information was given orally to 91.1% (n=51) of families. Other forms of information, such as leaflets, websites or posters, were used very little, and this prevention did not seem to target at-risk populations. It would seem necessary to encourage healthcare professionals monitoring children under 2 years of age to step up their efforts to prevent head trauma in this population, and to encourage them to use more modern information media that are better suited to raise awareness among young parents (posters, leaflets, digital tools).