

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : KUNZ Prénoms : Anne Laure
Date et Lieu de naissance : 17/06/1985 à Pontoise

Présentée et soutenue publiquement le : _____

**LA PRÉVENTION ET LA CONNAISSANCE DES ACCIDENTS DE LA VIE
COURANTE EN PÉDIATRIE PAR LES INTERNES
DE MÉDECINE GÉNÉRALE**
Etude qualitative auprès d'internes de Médecine Générale

Président de thèse : Professeur MERCIER Jean-Christophe

Directeur de thèse : Professeur AUBIN-AUGER Isabelle

DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

REMERCIEMENTS

Au Pr MERCIER Jean-Christophe pour avoir accepté de présider ma thèse et pour votre disponibilité.

Aux Membres du Jury pour avoir accepté de juger mon travail.

Au Pr AUBIN-AUGER Isabelle pour avoir accepté de diriger ma thèse et m'avoir accompagnée lors de mes premiers pas en Médecine de ville.

A mes parents Marie et Marc qui m'ont accompagnée toute ma vie et soutenue tout au long de mes études et dans ce travail de thèse. Merci de savoir m'écouter et me guider.

A ma cousine Nadège, mon amie, ma sœur de cœur et ma confidente qui a su m'écouter, me guider, me remonter le moral et surtout être là au quotidien. Et à ses loulous Charlie et Elisa sans qui ma vie serait bien triste...

A mes sœurs et tout particulièrement à ma petite sœur Anne Marie avec qui j'ai partagé tant de choses et qui ne m'a toujours pas laissée tomber.

A mes grands-parents. Notamment à mon Grand-père qui s'est éteint cette année et ma Grand-mère qui reste avec nous et qui est si fière de toutes ses petites filles.

Tout particulièrement à mon Papi, parti trop tôt pour me voir aboutir à mes études et qui me manque chaque jour qui passe. J'aurais été tellement fière de te montrer mon travail, toi qui me faisais me sentir si spéciale !

A Valérie, pour l'efficacité dont elle a fait preuve avec tant de gentillesse.

A mes amis tout particulièrement Aurélie et mes amis de fac, Noëlle, Marlène et Audrey que j'ai découvertes grâce à la Médecine et qui m'ont accompagnée tout au long de ce trajet.

A tous mes co- internes rencontrés, pour les bons et les mauvais moments passés et surtout pour toutes ces belles rencontres.

Pour toutes les personnes avec qui j'ai eu le plaisir de travailler tout au long de ces années et qui m'ont accompagnée dans la dure et belle découverte de la Médecine (infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, paramédicaux, secrétaires, médecins, Maîtres de stage, professeurs ...). Même les moments difficiles m'ont appris que le travail d'équipe est indispensable.

Et surtout merci à tous les patients rencontrés et que je vais rencontrer, car sans eux cette thèse n'aurait pas lieu d'être. Grâce à eux, chaque jour m'apprend quelque chose de nouveau et me force à me remettre en question. Alors, merci de m'avoir aidé à m'améliorer, et d'être là pour me ramener dans la réalité lorsque je m'évade.

Et merci à tous ceux que j'aurais pu oublier, mais qui restent dans mon cœur, car deux pages sont bien courtes pour dire ma reconnaissance à toutes ces personnes qui m'ont accompagnées au cours de ces années.

ABRÉVIATIONS

INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ECOS: Examen Clinique Objectif Structuré

AcVc: Accident de la Vie courante

BEH: Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

InVS: Institut de Veille Sanitaire

EPAC: Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante

MAC-15: Mortalité par Accident de la vie Courante chez les enfants de moins de 15 ans

UMS: Unité Minimale de Signification

CISMeF: Catalogue et Index des Sites Médicaux en langue Française

MeSH: Medical Subject Headings

SASPAS: Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

DESC: Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DCEM1, 2, 3: Deuxième Cycle des Etudes Médicales première, deuxième et troisième années

PCEM1, 2: Premier Cycle des Etudes Médicales première et deuxième années

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

CLAC: Collectif inter associatif de Lutte contre les Accidents de la vie Courante

PMI: Protection Maternelle et Infantile

TABLE DES MATIÈRES :

INTRODUCTION	9
MATÉRIEL et MÉTHODOLOGIE	14
1. La méthode qualitative.....	14
2. La population étudiée / constitution de l'échantillon.....	16
a. Composition	16
b. Mode de recrutement.....	17
c. Taille de l'échantillon.....	17
3. Méthode d'intervention	18
a. Type d'entretien.....	18
b. Le guide d'entretien (annexe 1).....	18
4. Technique d'analyse des données.....	19
5. Méthodologie de la recherche bibliographique.....	20
RÉSULTATS.....	22
1. La population étudiée (annexe 2).....	22
a. Caractéristiques de la population.....	22
b. Expérience des internes.....	23
c. Projet professionnel.....	23

2. Les accidents de la vie courante rencontrés par les internes (annexe 3).....	25
a. La narration	25
b. Les différents accidents rencontrés (annexe 4).....	25
c. L'attitude des internes face à la survenue d'un accident.....	26
3. Sensibilisation et formation des internes.....	29
a. La sensibilisation des internes.....	29
b. La formation des internes.....	30
4. La prévention des accidents de la vie courante faite durant l'exercice professionnel.....	33
a. La prévention secondaire/ après la survenue de l'accident.....	33
b. La prévention primaire/ avant la survenue d'accident.....	34
5. Le rôle du médecin généraliste.....	36
6. Comment améliorer cette prévention dans l'idéal	39
a. Le faire de façon plus systématique.....	39
b. Etre mieux formé/sensibilisé.....	41
c. Un support écrit.....	41
7. Les obstacles rencontrés dans cette prévention.....	42
a. Le manque de temps.....	42
b. Le manque de connaissances.....	43

c. Le manque d'outils pour aider à faire cette prévention.....	43
d. Le manque de conviction.....	44
e. La mauvaise sensibilisation par les Pouvoirs Publics.....	44
8. Ressenti des internes suite à l'entretien.....	45
DISCUSSION	46
1. Résultats principaux	46
2. Les limites et forces de l'étude.....	48
a. Biais de recrutement / de sélection.....	48
b. biais de mémoire	49
c. Biais lié à l'enquêteur, biais d'intervention.....	49
d. Biais de retranscription / biais de mesure des données	50
e. Biais lié à la méthode d'analyse et d'interprétation.....	50
f. Les forces de l'étude : Validité interne et Pertinence de l'étude (validité externe)	51
3. Comparaison aux données de la littérature	53
a. La prévention secondaire privilégiée	53
b. Une information suffisante.....	54
c. Ressenti de l'efficacité de la prévention.....	55
d. Impact des actions de prévention dans le domaine des accidents de la vie courante.....	56

e. Des outils dans cette prévention.....	59
4. Hypothèses et perspectives issues de l'étude.....	61
a. Sensibilisation et formation des internes : hypothèses et pistes à évoquer.....	61
b. Hypothèses et pistes pour améliorer l'action de prévention en Médecine.....	64
5. Les débouchés de l'étude	66
CONCLUSION.....	67
ANNEXES.....	68
1. Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif (dernière grille d'entretien retravaillée)..	68
2. Annexe 2 : population étudiée.....	70
3. Annexe3 : les accidents de la vie courante en Pédiatrie rencontrés par les internes interviewés.....	71
4. Annexe 4: diagramme de répartition sur 100 accidents, des différents accidents rencontrés jusqu'à présent par les internes interviewés	72
BIBLIOGRAPHIE	73
ABSTRACT	84
PERMIS D'IMPRIMER	85
TITRE ET RESUMÉ	86

INTRODUCTION

La prévention occupe une place de plus en plus importante en Médecine Générale. [1]

Elle fait partie intégrante de la pratique quotidienne en Médecine Ambulatoire. Elle a pour but d'éviter les maladies, les accidents et/ou de limiter leurs conséquences. Les futurs et jeunes médecins sont de plus en plus formés, au cours de leurs études, à promouvoir cette prévention. Les démarches de prévention sont individuelles ou collectives. La prévention peut être soit primaire, c'est-à-dire qu'elle vise à éviter la survenue d'un événement essentiellement par l'éducation, soit secondaire, c'est-à-dire qu'elle s'exerce après la survenue d'un événement afin d'éviter que cela se reproduise.

Les accidents de la vie courante sont définis comme des traumatismes non intentionnels. [2,3]

Ils regroupent les accidents domestiques, les accidents de sport et de loisirs, ceux arrivant à l'école et tous ceux survenant au cours de la vie privée, à l'exception des accidents de la circulation, du travail, de ceux causés par des éléments naturels, des agressions ou des suicides.

Le terme « accidents domestiques » concerne ceux se produisant à la maison et ses abords immédiats (jardins, cours, garages...).

En France, ils ont été à l'origine de 19 703 décès soit 3,7% de la mortalité totale en 2009 (données de l'étude EPAC réalisée par L'InVs et du BEH n°29-30/2011) [4,5]. Cela touche tous les milieux et toutes les tranches d'âge, mais plus particulièrement les enfants de moins de 15 ans et les personnes de plus de 65 ans. Cela concerne environ 11 millions d'accidents chaque année dont 4,5 millions nécessitent un recours aux urgences.

Il s'agit de la 3ème cause de mortalité après les cancers et les maladies cardio-vasculaires (avant les accidents de la route et du travail). Il s'agit de la première cause de décès chez les enfants de 1 à 14 ans. (Étude MAC -15) [6]

Les enfants, en raison de leur âge, représentent une population vulnérable particulièrement touchée par les accidents de la vie courante. Ces dernières années, les campagnes de sensibilisation et de prévention, ainsi que les mesures législatives, ont permis de diminuer la mortalité et la morbidité. Mais depuis une dizaine d'années cette prévention semble s'essouffler [8,7]. Entre 2004 et 2008, on a observé une baisse de 11% de la mortalité chez les moins de 14 ans. Cela est encourageant mais des efforts restent à faire. La loi de santé publique de 2004 avait fixé comme objectif une baisse de 50% chez les moins de 14 ans. [9]

Les accidents de la vie courante restent la première cause de décès chez les enfants de moins de 15 ans (236 décès d'enfants en 2009 en France métropolitaine) [10,4]. 81% des accidents de la vie courante chez les 0 à 4 ans surviennent au domicile. La grande majorité de ses accidents est pourtant évitable.

En 2003 la France n'était qu'en 10ème position pour les accidents de la vie courante en Union Européenne. [11]

Les parents sont les premiers acteurs de la surveillance et de la protection des enfants. Pour cela ils doivent être éduqués. Depuis plusieurs années, le nombre d'accidents de la vie courante a diminué en raison de la normalisation des produits, des réglementations françaises et/ou européennes et des campagnes de prévention. Mais beaucoup de risques peuvent encore être évités. C'est en combinant les actions et les différents acteurs que l'amélioration pourra se poursuivre. Le médecin généraliste est bien placé

pour participer à cette prévention en éduquant, sensibilisant les parents aux dangers et aux mesures préventives tout au long de la croissance de leur enfant.

L'éducation préventive ne s'effectue souvent qu'après un premier accident. Une enquête de 2001, auprès de médecins généralistes belges, a montré qu'ils étaient en effet fortement impliqués dans la prise en charge des accidents de la vie courante et que c'est surtout à cette occasion qu'ils donnaient les conseils préventifs. [12] Par contre, ils n'avaient pas l'habitude des démarches proactives systématiques pour la prévention des accidents domestiques. Ils estimaient manquer de temps, de connaissances des techniques efficaces de prévention dans ce domaine et d'outils leur permettant d'appuyer leurs conseils aux parents. Dans le même temps, ils estimaient avoir pourtant un rôle primordial à jouer dans cette prévention.

Une autre étude en 2006 sur des médecins français montrait que seuls 36% des médecins se sentaient efficaces pour cette prévention. [1]

Peu d'études et de données sont disponibles, pour évaluer les pratiques et les actions entreprises par les médecins de ville pour promouvoir ce domaine de prévention.

En 2013, qu'en est-il des jeunes médecins ?

La prévention des accidents de la vie courante est une question importante qui pourtant ne semble pas suffisamment apparaître dans les cours théoriques des études de Médecine. Au cours des trois cycles de Médecine à la Faculté de Paris VII, il existe plusieurs cours et modules qui abordent la prévention. [14,15] Notamment au deuxième cycle, pour les étudiants de DCEM2, il existe un cours optionnel sur la prévention. Mais aucun des cours du module n'aborde la question des accidents de la vie courante. Les

étudiants de DCEM3 ont, eux, accès à un cours optionnel sur la santé de la mère et de l'enfant mais une fois encore les accidents domestiques ne sont pas abordés. [14,15]

Lors du premier cycle de Médecine, il existe un module optionnel traitant de l'histoire de la Médecine au travers la Santé Publique mais la question des accidents de la vie courante n'est pas abordée.

Enfin, si on s'intéresse au troisième cycle des études de Médecine et plus précisément à l'Internat de Médecine Générale, les cours sur la santé de l'enfant ainsi que celui sur la prévention n'abordent pas la prévention des accidents de la vie courante. [14]

Les seuls cours qui se rapprochent de cette prévention ont lieu lors du deuxième cycle, en DCEM4, au sein des modules de Pédiatrie et de Gériatrie quand sont abordées les questions de la mort subite du nourrisson et des chutes du sujet âgé. [15]

L'acquisition pratique, lors des stages est plus difficile à connaître sans aller directement interroger les étudiants sur leurs stages, voire les Maîtres de stage. Par contre, au cours des deuxième et troisième cycles, les stages de Pédiatrie et les stages ambulatoires seraient des terrains intéressants, car plus concrets, pour cet apprentissage ou plutôt cette sensibilisation à la prévention des accidents de la vie courante.

Actuellement les jeunes médecins sont formés sur la santé des jeunes enfants notamment sur le suivi de leur développement et les points importants à surveiller ainsi que sur les maladies graves et bénignes à traiter. Mais la question de la prévention des accidents de la vie courante ne semble pas suffisamment développée auprès des étudiants. Une nouvelle approche pédagogique voit le jour à Paris VII, qui vise à développer l'acquisition par compétences sans abreuver les étudiants d'informations mais en utilisant davantage des situations concrètes sur lesquelles les étudiants vont

travailler en fonction des compétences visées.[13] Or, la prévention fait partie des compétences à maîtriser. La question qu'il serait alors intéressante de se poser, est de savoir si les accidents de la vie courante seront enfin abordés.

De tout cela, découlent plusieurs questions qui m'ont interpellée.

Les internes de Médecine Générale, médecins de demain qui auront à prendre en charge les enfants en ville, sont-ils sensibilisés et formés à la prévention des accidents de la vie courante en Pédiatrie ? Exercent-ils cette prévention ? Comment les internes de Médecine Générale intègrent-ils, dans leur pratique quotidienne, la prévention primaire et secondaire des accidents de la vie courante ?

Pour cette première approche, qui cherche à comprendre et décrire l'attitude et le vécu des internes de Médecine Générale vis-à-vis de cette prévention des accidents de la vie courante en Pédiatrie, nous avons décidé de faire une étude qualitative. Si la nouvelle génération de médecins est sensibilisée et actrice de cette prévention, on peut espérer faire encore reculer les chiffres de morbi-mortalité liés aux accidents de la vie courante. L'objectif secondaire de ce travail sera d'identifier des pistes pour promouvoir des interventions dans un cadre multidisciplinaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODOLOGIE

1. La méthode qualitative [16 à 22]

La recherche qualitative est une technique d'investigation basée le plus souvent, sur des entretiens individuels ou collectifs (focus group), qui ont pour but d'essayer de comprendre, décrire, expliquer des phénomènes. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement. Cela permet de récolter des informations riches et complexes, grâce notamment aux possibilités de relance et d'interactions dans la communication entre interviewé et interviewer. Par des interactions verbales, l'enquêteur cherche à ce que l'interviewé exprime plus librement son ressenti et ses représentations.

« La démarche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (...) permettant une démarche interprétative. »

[16]

Les études qualitatives font émerger des hypothèses et des concepts nouveaux, qu'il devient possible de quantifier si besoin ultérieurement. Les études quantitatives essayeront alors de préciser certains résultats et de les rendre généralisables. Les études qualitatives et quantitatives ne s'opposent pas mais se complètent.

Ces méthodes s'adaptent parfaitement au cadre de la Médecine qui, dans sa grande complexité, allie Art et Science en traitant, par des données basées sur les preuves scientifiques (« Evidence-Based Medicine »), des Hommes qui portent leurs vécus, leurs ressentis, leurs représentations qui sont par définition non mesurables. Cela rentre

parfaitement dans le cadre de la Médecine Générale qui gère la prise en charge globale du patient dans toute sa complexité.

L'analyse de ces phénomènes, de ces comportements, de ces vécus, peut avoir des retombées ultérieures sur la pratique médicale. Par exemple dans le cadre de cette étude en adaptant la sensibilisation, la formation des internes sur la prévention des accidents de la vie courante.

Cette technique ne cherchant pas à quantifier, elle a des exigences très différentes de celles des techniques quantitatives, notamment en ce qui concerne le nombre d'inclusions nécessaires, sans commune mesure avec les échantillonnages importants des études quantitatives.

De plus, elle demande au chercheur de rencontrer le sujet à l'aide de différentes techniques.

Le recueil de données peut se faire de différentes façons :

- les entretiens individuels plus ou moins structurés ;
- les entretiens de groupe ;
- les méthodes d'observations.

Pour l'entretien, le chercheur se base sur un manuel ou guide qui comporte les éléments clés à observer, les thèmes et questions à aborder. Ces questions seront plus ou moins fermées et plus ou moins obligatoires, en fonction de la forme d'entretien choisi. Puis, il devra les retranscrire intégralement afin d'en faire un codage qui lui permettra d'en tirer une interprétation.

Dans le cadre de cette étude, nous cherchions à comprendre comment sont sensibilisés les internes à la question de la prévention des accidents de la vie courante en Pédiatrie et comment ils exercent cette prévention dans leurs pratiques. Nous avons donc décidé de faire une étude qualitative, car il s'agissait dans un premier temps de comprendre le vécu, le ressenti et le comportement des internes face à ce sujet.

2. La population étudiée / constitution de l'échantillon

a. Composition

La population d'étude était composée d'internes de Médecine Générale à différents stades de leur cursus d'Internat, afin d'avoir une certaine diversité. Ils faisaient partie de quatre Facultés différentes même si la Faculté de Paris VII était la plus représentée.

- Critères d'inclusion :

Interne de Médecine Générale

Du début d'internat jusqu'à la thèse

Homme ou femme

- Critères d'exclusion

Interne d'autre Spécialité que la Médecine Générale

Médecins généralistes installés

Médecins d'autres Spécialités thésés

Etudiants en médecine n'ayant pas passé l'internat

Refus de participer aux entretiens

b. Mode de recrutement

Pour recruter les internes, nous avons demandé sur la base du volontariat à des internes de notre connaissance (amis proches, ex co-internes de stage, connaissance d'amis), des internes rencontrés sur mes lieux de stages, et des internes rencontrés en cours à la Faculté.

Les entretiens ont eu lieu à mon domicile, à la Faculté, deux sur mon lieu de stage et certains chez les interviewés.

Nous avons essayé de diversifier l'échantillon en ciblant des hommes et des femmes, des internes de différentes Facultés et de niveau d'études différents (semestres de formation)

Nous n'avons pas eu de refus mais juste une non-réponse d'un interne de notre connaissance.

La Faculté de Paris VII dont nous dépendons était davantage représentée dans la mesure où les internes nous étaient plus accessibles.

c. Taille de l'échantillon

Dans une étude qualitative, on cherche à observer un phénomène, afin d'avoir un ensemble de réponses le plus diversifié possible. Cette exhaustivité est considérée comme acquise dès que la saturation des données est atteinte, c'est-à-dire que l'analyse des nouveaux entretiens n'apporte pas de nouveaux éléments par rapport aux entretiens précédents.

Dans cette étude qualitative, la saturation des données a été atteinte vers le 13^{ème} entretien. Nous avons décidé de faire deux entretiens supplémentaires pour nous en assurer. Au total 15 internes ont été interviewés.

3. Méthode d'intervention

a. Type d'entretien

Nous avons décidé de réaliser des entretiens individuels afin de privilégier la relation de communication et permettre aux internes de s'exprimer plus librement qu'en groupe.

Les entretiens ont eu lieu sur le site de la Faculté, à mon domicile, au domicile des internes et sur mes lieux de stage.

Ils duraient entre 5 minutes et 37 secondes et 13 minutes et 28 secondes.

Chaque entretien a été enregistré, en toute transparence avec l'accord de l'interne, à l'aide d'un enregistreur numérique Olympus, Digital Voice Recorder DS-40. Puis il a été retranscrit en format Word par moi-même.

b. Le guide d'entretien

Avant les entretiens nous avons confectionné un guide d'entretien semi-directif qui servait de trame à nos interviews. Celui-ci était basé sur les connaissances trouvées dans la Revue de la Littérature et sur les points que nous souhaitions développer pour notre étude. Il nous a permis de centrer le discours sur les thèmes choisis.

Nous avons choisi un guide d'entretien semi-directif afin de pouvoir laisser la possibilité à nos interviewés de parler librement des sujets abordés tout en les guidant sur les points que nous souhaitions développer pour répondre à notre hypothèse. Les questions restaient suffisamment ouvertes pour laisser s'exprimer l'interne et s'adapter à la discussion.

(Annexe 1)

Le guide a été rectifié à deux reprises afin de pouvoir répondre au mieux aux questions que nous nous posions, après les premières retranscriptions et codages que nous avons réalisés.

Nous avons tout d'abord complété par des questions plus personnelles comme le projet professionnel, le besoin de sensibilisation, la connaissance de campagnes de prévention ; et enfin vers le milieu de nos entretiens, nous avons décidé de poser une question sur la mortalité afin de mieux cerner la sensibilité au sujet.

Au cours des entretiens, nous nous sommes rendu compte que peu d'internes semblaient avoir conscience de la fréquence de ces accidents domestiques. Nous avons donc trouvé judicieux de rajouter cette dernière question à nos entretiens.

Nous avons tenté de recontacter les internes pour qui il nous manquait certaines données afin de compléter notre codage. Deux des internes n'ont pas pu être recontactés.

4. Technique d'analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit fidèlement par écrit en format Word par moi-même. L'ensemble des entretiens retranscrits constitue le verbatim. Les entretiens étaient ensuite analysés selon une méthode thématique. Ils étaient analysés au fur et à mesure des entretiens, afin de modifier le guide d'entretien au besoin.

A la lecture du verbatim, le texte est codé, fragment par fragment. Il s'agit de mettre en évidence au sein des données, les unités minimales de signification (UMS) selon la technique de Deschamps [17]. (Mots, morceaux de phrase, phrases). Celles-ci sont alors réarrangées afin de faire émerger des thèmes principaux.

Il s'agit de :

- Tirer le sens général de l'entretien en le lisant plusieurs fois pour bien s'imprégner de l'ensemble.
- Déceler les différents thèmes "signifiants" (appelés UMS) et les chercher dans chaque entretien. Cela permet de remonter du vécu au concept, les principales UMS étant les thèmes des questions posées en introduction.
- Développer le contenu des UMS afin d'en approfondir le sens en utilisant les connaissances théoriques sur le sujet.
- Faire la synthèse des réponses trouvées en regroupant les UMS en fonction de leur sens.

5. Méthodologie de la recherche bibliographique

Pour la recherche bibliographique nous avons utilisé le site CISMEF avec les termes MESH : « prévention, accident, accident domestique, accident de la vie courante, enfant, formation, médecine générale, interne ». Nous avons également utilisé le site PUBMED avec les termes MESH : « home accidents, children, prevention. »

Peu de données récentes sont ressorties de nos recherches. Une autre grande base de données était la recherche à travers GOOGLE et GOOGLE SCHOLAR qui nous a permis de trouver des articles et des pistes de recherches. Les mêmes termes que pour la recherche MESH étaient utilisés. Nous avons notamment découvert les sites de prévention riches en informations.

Ayant du mal à trouver des articles récents, nous sommes allées directement sur les sites de l'INPES et de l'institut de Veille Sanitaire, qui nous ont permis d'avoir des informations fiables et les plus récentes.

Enfin, nous avons été sur le site du SUDOC et WORLDCAT pour rechercher des travaux et thèses sur notre sujet de recherche.

Au total, nous avons eu des informations sur la prévention par les sites de prévention et celui de l'INPES, mais peu de données récentes sur des études auprès de médecins ou d'internes. La majorité des travaux que nous avons recensés datent d'avant 2000 ou du début des années 2000. Nous avons quand même réussi à trouver des études plus récentes datant des années 2010 issues d'autres pays que la France. Même les chiffres de mortalité remontent à 2009, comme en témoigne le rapport 2013 de l'institut de Veille Sanitaire. Une thèse de Médecine en 2010 à Lille, évoquait le manque de prévention systématique dans sa conclusion. «L'information médicale dans la prévention des accidents domestiques est rarement obtenue mais est de bonne qualité. On pourrait donc aisément imaginer diminuer la morbi-mortalité infantile en touchant une plus grande partie de la population, notamment en renforçant l'information médicale et en poursuivant les campagnes de prévention ou en développant de nouveaux supports comme Internet » [23]

RESULTATS

1. La population étudiée (annexe 2)

Au total 15 internes de Médecine Générale ont été interviewés avec une non-réponse d'un interne contacté. Tous ont donné librement leur accord pour être enregistrés de façon anonyme.

a. Caractéristiques de la population

- Il y avait trois hommes et douze femmes.
- Ils étaient âgés de 26 à 31 ans.
- Quatre Facultés étaient représentées mais seulement une personne pour les Facultés de Paris XII, Paris XII et de Rouen alors que 12 internes appartenaient à la Faculté de Paris VII.
- Les semestres représentés allaient du troisième semestre au semestre supérieur. Le sixième semestre était celui le plus représenté. (sept « 6^e semestre », trois « semestre supérieur », deux « 4^e semestre », deux « 5^e semestre » et un « 3^e semestre »)
- Six étaient en train de faire un SASPAS. Deux réalisaient leur stage de Pédiatrie. Deux étaient en stage de niveau 1 (ambulatoire). Deux avaient commencé les remplacements. Une était en stage hospitalier de Gériatrie et un en Gynécologie. Enfin, une venait de finir son stage de SASPAS et travaillait sur sa thèse.

b. Expérience des internes

- La majorité des internes avait réalisé le stage ambulatoire de niveau 1. (seule une interne ne l'avait pas encore fait).
- Onze internes avaient fait un stage en Pédiatrie à l'hôpital. Deux avaient validé leur pôle mère-enfant par le biais de stages ambulatoires (stage libre et SASPAS validant les acquis de Pédiatrie et de Gynécologie).
- Dix internes avaient ou étaient en train de réaliser un SASPAS.
- En moyenne, ils voyaient 20% d'enfants en consultation ambulatoire. Cela s'étendait de 10 à 50%. (en ôtant l'interne qui n'avait pas encore fait son stage de niveau 1).

c. Projet professionnel

La plupart des internes comptaient travailler en ambulatoire en commençant par des remplacements, puis avaient un projet d'installation en libéral. Une souhaitait rester à l'hôpital comme urgentiste par l'intermédiaire d'un DESC. Une autre comptait faire une capacité de Médecine Vasculaire. Une autre souhaitait un emploi salarié éventuellement en soin de suite de Gériatrie. Trois ne savaient pas encore vraiment ce qu'ils voulaient faire.

Donc la majorité envisageait une profession libérale ou tout du moins une consultation ambulatoire en structure salariée ou libérale.

	Sexe	Age	Semestre actuel	Type de stages réalisés	Pourcentage d'enfants vus en stage ambulatoire	Projet Professionnel	Durée de l'entretien	Faculté
Entretien 1	Femme	27	6e	Pédiatrie Niveau 1 Actuellement en SASPAS	Environ 15%	Remplacement Puis installation en libéral	13min28	Paris 7
Entretien 2	Femme	26	5e	Actuellement en stage de pédiatrie Niveau 1	Environ 20%	Probablement un DESC Urgences Pédiatriques	9min6	Paris12
Entretien 3	Femme	26	3e	Actuellement en stage de Pédiatrie	0	Ne sait pas encore	8min28	Paris 7
Entretien 4	Femme	31	SUP	Pédiatrie Niveau 1 SASPAS avec 1 journée de PMI	40% (actuellement remplace là où elle va s'installer)	Installation en cabinet de groupe libéral	8min5	Paris 13
Entretien 5	Homme	29	6e	Pédiatrie Niveau 1 Actuellement en SASPAS	20%	Remplacement mais pas de projet précis	7min38	Paris 7
Entretien 6	Homme	29	6e	Pédiatrie Niveau 1 Actuellement en SASPAS	20-30%	Remplacement	5min37	Paris 7
Entretien 7	Femme	26	4e	Actuellement en niveau 1	15%	S'installer en ville, en cabinet libéral	7min35	Paris 7
Entretien 8	Femme	27	5e	Pédiatrie Niveau 1 Actuellement en Service de Gériatrie	10%	Activité salariée Par exemple en soins de suite de rééducation de Gériatrie	10min52	Paris 7
Entretien 9	Femme	27	4e	Actuellement en niveau 1	25-30%	Etre médecin mais ne sait pas davantage	8min12	Paris 7
Entretien 10	Homme	27	6e	Pédiatrie Niveau 1 SASPAS Actuellement en Gynécologie	50%	Remplacement puis installation en cabinet libéral	9min48	Rouen
Entretien 11	Femme	29	6e	Pédiatrie Niveau 1 Finit son SASPAS	35%	Faire Capacité de Médecine Vasculaire	6min37	Paris 7
Entretien 12	Femme	28	6e	Pédiatrie Niveau 1 Actuellement en SASPAS (Médecine Scolaire)	30% en niveau 1 50% en SASPAS	Installation en cabinet libéral de groupe ou maison médicale En attendant, remplacement	8 min54	Paris 7
Entretien 13	Femme	28	SUP	Niveau 1 Pas de stage de Pédiatrie car Pôle mère-enfant validé par un stage libre et un SASPAS avec de la Médecine Scolaire	30%	Faire thèse puis remplacement	6min26	Paris 7
Entretien 14	Femme	27	SUP	Niveau 1 Pas de stage de Pédiatrie car Pôle mère-enfant validé par un stage libre et un SASPAS avec de la Médecine Scolaire	40%	Remplacement Puis installation	8min12	Paris 7
Entretien 15	Femme	28	6e	Pédiatrie Niveau 1 Actuellement en SASPAS avec une demi-journée en PMI	Niveau 1 15% SASPAS 30-35%	Remplacement puis installation en groupe médical libéral	9min55	Paris 7

Annexe 2 : population étudiée.

2. Les accidents de la vie courante rencontrés par les internes (annexe 3)

a. La narration

Sur les 15 interviews, 13 narrations d'accidents vécus par les internes ont été récoltées.

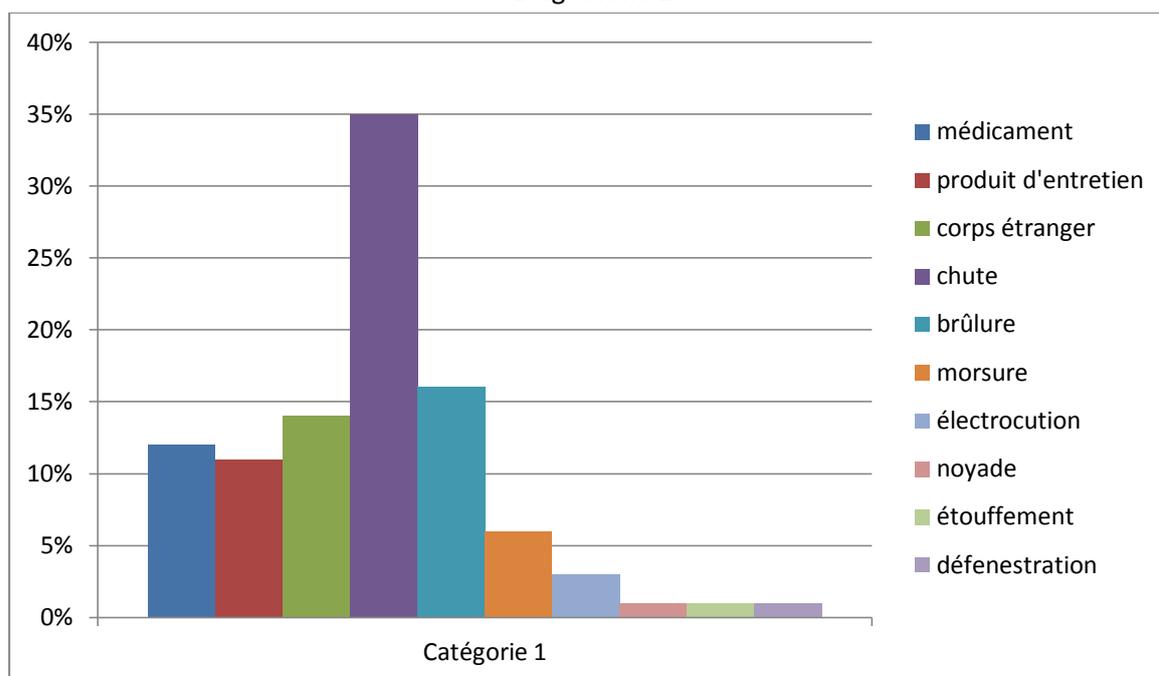
2 internes n'avaient pas souvenir d'accidents de la vie courante rencontrés.

Au total, il y avait 5 histoires de chute, 4 histoires de brûlure, 2 histoires d'ingestion de médicaments et 2 avec produits d'entretien.

b. Les différents accidents rencontrés (Annexe 4)

- Les accidents les plus fréquents étaient les chutes, suivies de l'ingestion de corps étranger, des brûlures puis de la prise de médicaments et de l'intoxication aux produits d'entretien. Les morsures et l'électrocution étaient rares. Les autres accidents de la vie courante n'avaient pas été rencontrés.
- On a réalisé un diagramme approximatif répartissant sur 100 accidents, le pourcentage approximatif de chaque accident rencontré par les internes interviewés. Entre les internes, il y avait quelques différences, mais la plupart des accidents rencontrés se regroupaient et leurs fréquences étaient assez similaires. Suffisamment pour réaliser un diagramme approximatif.

Diagramme 1



Annexe 4: diagramme de répartition sur 100 accidents, des différents accidents rencontrés jusqu'à présent par les internes interviewés.

c. L'attitude des internes face à la survenue d'un accident

- Tous insistent sur la réassurance des parents après vérification de la non gravité de l'accident.

« *plutôt la réassurance des parents* » Entretien 4 :

« *Il faut rassurer en disant que cela arrive mais qu'il existe des moyens pour que cela ne recommence pas* » Entretien 15

- La plupart soulignent le fait de ne pas culpabiliser les parents.

« *il fallait les déculpabiliser un petit peu aussi* » Entretien 2

- La plupart rappelaient l'importance de faire passer les messages de prévention secondaire. Certains expliquaient qu'il ne faut pas culpabiliser ou stigmatiser les parents, pour justement, faire correctement passer ces messages.

« Je déculpabilise sinon ils risquent de ne pas écouter nos conseils surtout si on les stigmatise (...). On essaye de faire passer les messages de précautions sans minimiser les risques ni culpabiliser » Entretien 10

« Dans tous les cas on essaye de ne pas moraliser mais de mettre en garde contre les dangers et de les prévenir (...) afin que cela ne se reproduise pas » Entretien 12

	<i>Histoire racontée</i>	<i>Médicament</i>	<i>Produit d'entretien</i>	<i>Corps Etranger</i>	<i>Chute</i>	<i>Brûlure</i>	<i>Morsure Griffure</i>	<i>Défenestration</i>	<i>Noyade</i>	<i>Etouffement</i>	<i>Electrocution</i>
1	Prise de médicament	Assez fréquent	Non	Souvent	Assez Fréquent	Assez fréquent	Non	Non	Non	Non	Non
2	Absorption eau de javel	Moyenne fréquence	Un peu	Un peu	Fréquent	Non	Non	Non	Non	Non	Non
3	Absorption lessive	Peu	Peu	Peu	Fréquent	Peu	Peu	Non	Non	Non	Une
4	Brûlure avec eau chaude	Non	Non	Un peu (3 en 6 mois)	Assez fréquent (15 en 6 mois)	Assez fréquent	Un peu (4 à5)	Une	Non	Non	Non
5	Chute canapé et absorption de produit vaisselle	Un peu	Assez souvent	1	Fréquent	Non	Non	Non	Non	Non	Non
6	Traumatologie de la face et brûlures	Un peu	Un peu	Assez Souvent	Fréquent	Oui quelques-unes	Non	Non	Non	Non	Non
7	Chute dans l'escalier	Non	Non	Non	Une	Non	Non	Non	Non	Non	Non
8	Brûlures au visage avec eau bouillante	Un peu (1 ou 2)	1	Non	Non	Assez fréquent	Non	Non	Non	Non	1
9	Pas d'histoire	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
10	Traumatisme crânien par chute d'un meuble	Un peu (1-2)	Quelques-unes	Quelques-unes	Assez fréquent	Quelques -unes	1-2	Non	Non	Non	Non
11	Ingestion de Lexomil®	Quelques-unes	1	Non	Plusieurs	Non	Non	Non	Non	Non	Non
12	Brûlure	Un peu	1 ou 2	Pas mal	Beaucoup	Un peu	1	Non	Non	Non	Non
13	Pas d'histoire	Non	Non	Non	Quelques-unes	Non	Non	Non	Non	Non	Non
14	Pas d'histoire	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
15	Chute d'un grand lit lors de la sieste	Un peu	Un peu	Assez souvent	Beaucoup	Un peu	Une	1 mais volontaire	Non	Non	Non

Annexe 3 : les accidents de la vie courante en Pédiatrie rencontrés par les internes interviewés.

3. Sensibilisation et formation des internes

a. La sensibilisation des internes

- La plupart se sentaient insuffisamment sensibilisés et aucun ne se rappelait de cours de formation sur le sujet :

« on n'a pas tellement eu de formation à la Fac »Entretien 12

« est-ce que vous pensez être suffisamment sensibilisée, voire formée, à la question de la prévention des accidents domestiques en Pédiatrie ? Non ! Vous n'avez pas de souvenir de formation ? Non à part la maltraitance mais je ne me rappelle pas avoir eu des cours ou avoir été sensibilisée aux accidents domestiques »Entretien 11

- Certains avaient quelques notions, héritées des parents et de l'enfance :

« sensibilisé, oui assez mais formé pas tellement et même très peu (...) déjà pendant l'enfance, car j'avais dans ma chambre un tableau entier sur la prévention, un poster mais, c'est vrai que ma mère est auxiliaire de puériculture »Entretien 6

« je suis un peu sensibilisée car mes deux parents travaillent dans l'enfance et que je me suis souvent occupée d'enfants. Mais c'est quand même des notions vagues, un peu apprises sur le tas, je dirais. » Entretien 15

- D'autres ont été sensibilisés par des affiches dans les cabinets médicaux où ils ont travaillé ou consulté :

« les affiches dans le cabinet du lundi, elles sont vraiment bien » Entretien 2

« ...il y a pas mal de cabinets et d'endroits d'attente où il y a des affiches et donc ça, pour un message de prévention primaire, c'est intéressant » Entretien 3

- Une des internes avait le souvenir d'un reportage sur la 5, au Journal de la Santé qui abordait cette question des accidents de la vie courante et notamment parlait de la maison et de tous ses dangers :

« et bien, la seule chose dont je me rappelle, c'est une émission sur la 5, sur les accidents de la vie courante. Avec la maison, de tous les accidents ou dangers. Mais bon c'est un souvenir vague. Je n'ai par contre aucun souvenir de publicité ou d'autre campagne de prévention » Entretien 14

- La majorité n'avait pas de souvenir précis d'une campagne de prévention :

« avez-vous connaissance de campagne de prévention ? Non » Entretien 10

« non, je n'en connais pas. Là, comme ça, je ne vois pas » Entretien 7

- Une se sentait suffisamment sensibilisée et peu concernée par le sujet :

« je trouve qu'il y a déjà suffisamment de campagnes de sensibilisation destinées aux parents, donc non, je ne pense pas avoir besoin d'être vraiment davantage sensibilisée. Comme je l'ai dit, c'est plus du bon sens à avoir... » Entretien 8

b. La formation des internes

- Aucun des internes interviewés n'avait de souvenir précis de formation à la Faculté durant les études :

« aucun souvenir, on se forme plutôt sur le tas » Entretien 5

« on n'a pas tellement eu de formation à la Fac. Cela pourrait être intéressant d'avoir une formation à la Fac » Entretien 12

« sinon pas vraiment de souvenir de cours. Peut-être un cours sur l'électrocution en D2 ou D3, mais sinon, je ne me rappelle pas de cours sur cette question précise. Durant l'Internat je ne me rappelle pas de cours sur ce sujet, ou cela ne pas m'a pas marqué. » Entretien 15

- La plupart disaient avoir été formés lors de la rencontre des accidents via les urgences pédiatriques. Ils disaient s'être alors formés un peu par eux-mêmes, un peu par le Maître de stage, sur le sujet à ce moment-là. Ils évoquaient l'importance de l'expérience dans cette formation :

*« si vous avez été formé c'était à quelle occasion ? En stage. Lors de situations particulières en stage. Oui je dirais au cours des stages et plutôt par moi-même »
Entretien 3*

« et bien, je dirais que c'est surtout en stage aux Urgences quand on rencontre les accidents. En faisant passer les messages auprès des parents c'est à ces moments-là qu'on se forme. Je dirais un peu par notre propre expérience, un peu par nos Maîtres de stage. » Entretien 15

- Une avait été sensibilisée par le passage en PMI

«(...) à la PMI ils le font. Parce que, quand j'étais en stage à la PMI, c'était systématique. Ils donnaient même des petits flyers pour expliquer... » Entretien 4

- Presque tous souhaitaient être mieux informés sur la question, et proposaient soit des cours théoriques, soit des mises en situation par jeux de rôles, soit une information par support écrit ou informatique. Une ne souhaitait pas un complément de formation. Deux

n'avaient pas répondu à cette question. Deux internes qui avaient validé le Pôle mère-enfant par le stage ambulatoire regrettaient de ne pas avoir été formées, car n'avaient pas été sensibilisées par des cas rencontrés en stage :

« oui, avoir au moins un cours dessus » Entretien 4

« je trouve qu'il y a nécessité de se mettre à jour pendant notre internat, car on ne voit pas beaucoup ces cas en consultation de ville donc pas trop d'occasions de se former si on ne passe pas dans un service d'Urgences Pédiatriques, c'est dommage. »

Entretien 13

« Peut-être par des petites piqûres de rappel. Pourquoi pas une journée de topo à la Faculté » Entretien 9

« on n'a pas tellement eu de formation à la Fac. Cela pourrait être intéressant d'avoir une formation à la Fac (...) soit par des cours théoriques comme on a pu avoir, soit par des mises en situations cliniques comme on fait en ECOS... » Entretien 12

- Certains n'avaient pas conscience de la fréquence réelle de ces accidents :

« avez-vous une idée du rang dans la mortalité infantile ? Aucune idée, pas la première place mais peut-être la 4ème ou 5ème place. » Entretien 12

« pour tout dire, il s'agit de la première cause de mortalité. Non c'est vrai, et bien on n'est vraiment pas assez sensibilisés, je trouve, car on devrait le savoir » Entretien 4

- Alors que certains savaient que cela est une des premières causes de mortalité infantile, ils se disaient insuffisamment sensibilisés et formés :

« pensez-vous être suffisamment sensibilisé ou formé à la question ? Non (...) je n'ai pas de chiffre, mais je pense qu'il doit s'agir de la première cause de mortalité chez les enfants » Entretien 13

« c'est quelque chose auquel je n'avais pas du tout pensé, et du coup, comme je ne me sens absolument pas sensibilisée, j'ai envie de me pencher un peu sur la question (...) c'est peut être quand même la première ou deuxième cause de mortalité » Entretien 14

4. La prévention des accidents de la vie courante faite durant l'exercice professionnel

a. La prévention secondaire/ après la survenue de l'accident

- Beaucoup des internes faisaient de la prévention secondaire en rapport avec l'accident rencontré. Quasiment tous le faisaient systématiquement, surtout ceux qui étaient passés aux Urgences Pédiatriques :

« par contre, en secondaire, c'est systématique. » Entretien 12

« plutôt en secondaire. A chaque fois. Oui plutôt en secondaire » Entretien 1

- Le peu d'internes qui ne le faisaient pas, sont ceux qui n'avaient quasiment pas rencontré d'accidents domestiques ou qui n'étaient pas en première ligne. C'est-à-dire qui voyaient les enfants à distance de l'accident bien après leur passage aux Urgences :

« non, car en fait, je ne les vois pas juste après ; ils sont déjà passés par les Urgences et de ce fait, les parents connaissent déjà les mesures à prendre. Par exemple lors des

brûlures, les parents savent bien les erreurs, et du coup je n'ose pas en remettre une couche encore une fois. » Entretien 4

b. La prévention primaire/ avant la survenue d'accident

- Peu d'internes faisaient de la prévention primaire :

« très rarement. Si c'est en primaire c'est très rarement ; si c'est secondaire, c'est systématique (...) bon je ne le fais quasiment pas en fait » (en primaire) Entretien 6

« mais la prévention des accidents domestiques à proprement parler, et bien je n'en parle jamais. » Entretien 13

« plutôt en secondaire. A chaque fois. Oui plutôt en secondaire. Jamais d'emblée. »

Entretien 3

- Ceux qui faisaient un peu de prévention primaire ne le faisaient pas de façon systématique. C'était surtout la prévention de la mort subite, ou alors lors de certaines situations qui les interpellaient au cabinet. Des enfants turbulents, des parents très inquiets ou qui semblaient dépassés. Mais tous disaient que ce n'était pas systématique :

« chez les tous petits, je rappelle quand même souvent comment il faut les coucher et ne pas les laisser seuls notamment sur la table à langer mais c'est à peu près tout. » Entretien 4

« d'emblée peut être une ou deux fois chez des enfants turbulents ou avec trouble du comportement, comme l'autisme, où j'ai pu insister sur la prudence, sur être encore plus vigilant. Mais vraiment que dans certaines circonstances. » Entretien 1

« et bien, je vais dire entre les deux. Par moment, quand je vois des enfants dans le cabinet qui touchent à tout, qui s'approchent des aiguilles ; à ce moment-là je

préviens les parents ; surtout quand après je suis amenée à prescrire des médicaments, notamment quand c'est une consultation pour la maman, et donc là, je vais par exemple dire: « faites attention, votre enfant, je le vois bien, il touche à tout ; chez vous tout doit être sous clef. » Mais c'est rare que je le fasse, vraiment rare. C'est vraiment quand je vois un enfant, dans mon cabinet qui touche à tout et que je me projette un peu sur ce qui pourrait se passer à la maison. » Entretien 2

- Deux l'abordaient plus facilement avec les nouveaux nés et les parents inquiets, de façon plus régulière :

« lors des consultations, si j'ai à faire à des parents angoissés, qui posent beaucoup de questions, cela m'arrive de faire passer les messages de prévention ; mais ce n'est pas systématique du tout » Entretien 12

« je l'aborde souvent pour les tous petits. Surtout quand on voit les parents s'éloigner de l'enfant sur la table d'examen. Je rappelle alors les principes de base : ne pas s'éloigner de l'enfant, toujours faire attention, etc.... » Entretien 9

- Deux considéraient qu'en primaire ce n'était pas leur rôle et ne le faisaient pas :

« le problème c'est qu'il y a beaucoup de choses à dire lors d'une consultation de 15 - 20 min. Donc, donner des conseils de bon sens aux parents cela passe au second plan » Entretien 5

« je fais davantage de la prévention secondaire. Je la faisais surtout en Pédiatrie après la survenue des accidents. Mais je ne le fais pas en systématique. Je ne le fais pas lors des consultations de vaccination par exemple. » Entretien 8

Au total, très peu d'internes faisaient de la prévention primaire et, dans tous les cas, ne le faisaient pas de façon systématique ; même lors des certificats du 9ème et 24ème mois, mais le faisaient lors de situations qui les interpellaient. Par contre, quasiment tous, faisaient de la prévention secondaire de façon quasi systématique :

« celle de la prévention des accidents domestiques, non. Le seul moment où je pose la question c'est, tu sais lorsqu'on remplit le certificat des 9 et 24 mois ; et bien, je pose la question de la survenue des accidents, mais je ne fais pas de prévention, par manque de temps surtout. » Entretien 4

5. Le rôle du médecin généraliste

- Une partie des internes considéraient que ce n'était pas vraiment le rôle du médecin généraliste d'agir en primaire de façon systématique. Ils considéraient que c'était plus la place des Pouvoirs Publics ou d'autres professionnels de l'enfance comme la PMI, les écoles. Ils acceptaient leur rôle en prévention secondaire, mais considéraient que ce n'était pas réellement à eux de faire cette prévention proactive systématique :

« pour moi, il y a des messages à aborder d'emblée, mais d'autres qui n'éviteront pas les accidents (...) c'est plus le rôle des Pouvoirs Publics. Car le médecin a un rôle secondaire » Entretien 1

« oui, c'est quand même le rôle des Pouvoirs Publics. Car le médecin a un rôle plutôt en secondaire dans cette prévention. » Entretien 3

« le problème c'est qu'il y a beaucoup de choses à dire lors d'une consultation de 15 - 20 min. Donc, donner des conseils de bon sens aux parents, cela passe au second plan (...) je pense que c'est aux Pouvoirs Publics de bombarder les parents d'informations de prévention sur les accidents domestiques. Pour moi, ce n'est pas le rôle du

médecin, car on a déjà malheureusement beaucoup de choses à dire. On n'a malheureusement pas le temps. » Entretien 5

« il a un rôle d'explication. D'expliquer les moyens pour lutter contre les accidents domestiques. Après, je pense que c'est le rôle des Pouvoirs Publics de faire passer les messages de prévention. » Entretien 10

*« le médecin doit faire attention, mais pour moi il ne s'agit pas vraiment de la responsabilité du médecin (...) oui, clairement pour moi c'est surtout après les accidents, un peu en primaire mais pour moi ce n'est pas tellement notre rôle. »
Entretien 8*

- Pourtant parmi eux tous disaient que de l'aborder en primaire serait bénéfique :

« je pense qu'il faut le faire avant et après dans l'idéal. » Entretien 8

- Les autres internes trouvaient que le médecin généraliste avait un rôle important dans cette prévention primaire et secondaire. Ils disaient qu'il était bien placé pour le faire, car rencontrait souvent les enfants et les parents. Ils rappelaient, pour certains, que la prévention était le rôle du médecin généraliste et donc que celle des accidents de la vie courante en fait partie, même si tous disaient qu'ils avaient du mal à la faire de façon systématique :

« un rôle fondamental ! Vous pensez qu'on a un rôle en primaire, avant la survenue ou plutôt en secondaire après la survenue ? De préférence avant, car j'espère que les conseils seront suffisants pour qu'il n'y ait pas besoin de faire du secondaire. Mais sinon les deux bien-sûr ! » Entretien 9

« un rôle important, comme toutes les préventions en théorie, mais en pratique, c'est difficile de le caser durant les consultations (...) Mais, moi je pense que ça fait partie des nombreux piliers de la prévention. Je pense qu'on a un rôle en primaire et en secondaire non négligeable. » Entretien 6

- Pour eux le médecin et les Pouvoirs Publics avaient un rôle complémentaire. Ils avaient tous à jouer un rôle :

« non, on n'y a autant notre place qu'eux. » Entretien 4

« non, ce n'est pas plus leur rôle que le nôtre. Je pense que c'est plutôt un rôle complémentaire. Ils pourraient juste en faire un peu plus peut-être ... » Entretien 11

« pour moi, il a un rôle en première ligne, au moins aussi important que les Pouvoirs Publics. » Entretien 13

- Une des internes évoquait le fait que, pour elle, le médecin avait plus un rôle de prévention individuelle, alors que les Pouvoirs Publics faisaient plus de la prévention collective. Pour elle cela était important et complémentaire :

« les Pouvoirs Publics c'est plus de la prévention organisée et le médecin c'est plus de la prévention individuelle, donc ce sont des rôles complémentaires, d'après moi. » Entretien 12

6. Comment améliorer cette prévention dans l'idéal

a. Le faire de façon plus systématique

- La plupart disaient qu'il faudrait y penser de façon plus systématique lors des visites de routine, des vaccinations. Deux évoquaient le fait qu'il faudrait le faire le plus tôt possible, voire dès la grossesse. Puis de façon régulière, car c'était dans la répétition que les messages passaient mieux.

« et de prévoir d'en glisser un mot systématiquement lors des consultations de suivi et de vaccination. » Entretien 12

«c'est lors des visites systématiques que c'est le bon moment pour en parler. Ou les consultations de vaccins, elles sont assez courtes et simples pour pouvoir faire passer ces messages. Sinon, pas quand les enfants sont malades car ce sont déjà des consultations plus compliquées avec d'autres messages et attentes des parents. Il n'y a pas assez de temps lors de ces consultations là. » Entretien 14

« peut-être pour les jeunes mamans, même pendant la grossesse et surtout en fin de grossesse, il faut rappeler les conseils de couchage et de surveillance notamment sur la table à langer. Puis, quand l'enfant grandit, rappeler de protéger les médicaments, les produits ménagers ; de faire attention aux coins de table, aux petits objets qui traînent (...) Cela pourrait être intéressant d'intervenir à ce sujet plusieurs fois, de façon un peu répétée dans les premières années lors des consultations. » Entretien 7

« donner des messages de prévention au cours des examens systématiques par exemple ! » Entretien 3

« il faudrait la faire dès que l'enfant est petit, l'aborder avant les 6 mois voire même les 3 mois. Il faut le faire le plus tôt possible. Ou alors directement pendant la

grossesse, avant que le bébé naisse pour expliquer les mesures préventives à prendre notamment pour le bain » Entretien 4

« et bien, des messages à faire passer de façon individuelle et systématique lors des consultations (...) cela nous oblige à les répéter, si on veut que ce soit véritablement efficace. » Entretien 9

- Certains proposaient de le faire systématiquement lors des certificats du 9ème et 24ème mois :

« et sinon, on pourrait peut-être se le fixer comme objectif à partir du moment où l'enfant se met à être un petit peu autonome, et à toucher à tout. Un item obligatoire dans le carnet de santé, par exemple dans le certificat du 9ème mois » Entretien 2

« après, je pense que peut-être la consultation des certificats du 9ème et 24ème mois. C'est un bon moment pour en parler, car du coup, en cochant les cases, on se rappelle un peu les risques en rapport avec cet âge. » Entretien 15

- Certains évoquaient la possibilité d'avoir une consultation dédiée et un souhaitait même que celle-ci soit alors rémunérée de façon spécifique :

« il faudrait peut-être que ce soit une consultation dédiée pour avoir le temps de le faire » Entretien 11

« ou alors, délivrer cette information lors de consultations spéciales, peut être lors de consultations dédiées avec rémunération adaptée. » Entretien 10

b. Etre mieux formé/sensibilisé

- Certains internes réclamaient d'être mieux formés pour bien faire cette prévention :
« il faudrait peut-être que l'on soit un peu mieux formés, car à part quelques bribes retenues de je ne sais où, c'est quand même un peu limité mes connaissances, je trouve. » Entretien 11

- D'autres disaient qu'il faudrait dans ce cas-là augmenter les campagnes de prévention en parallèle :
« trop de messages cela n'est pas bon. Ou alors il faut les bombarder à la télévision comme les 5 fruits et légumes par jour.... » Entretien 5
« prévention par internet, histoire de remplacer les bannières publicitaires sur le porno et le poker par des messages de prévention... » Entretien 6

c. Un support écrit

- La plupart réclamaient d'avoir un support écrit.
« après, on peut faire passer des messages oraux lors des consultations, mais on peut également utiliser l'écrit par des affiches par exemple ou utiliser des fiches avec les informations principales, le carnet de santé... » Entretien 9

- Certains souhaitaient avoir à disposition des plaquettes d'information destinées aux parents pour appuyer leurs messages mais aussi pour les aider à faire cette prévention :
« nous, on devrait faire pareil mais on n'a pas les flyers. Et des petits livrets avec images pourraient nous aider pour cette prévention. Il faudrait que j'essaye de m'en procurer je pense. » Entretien 4

« avoir une petite brochure écrite pourrait être un plus. » Entretien 11

« il faudrait une information écrite destinée aux parents, » Entretien 10

- D'autres insistaient sur des messages dans le carnet de santé :

« c'est plus je pense, en ajoutant quelque chose dans le carnet de santé ; comme ça on en a parlé. On l'accroche ; c'est dans le carnet de santé et les parents peuvent toujours revoir les informations et il y a une trace écrite. » Entretien 1

- Beaucoup évoquaient la salle d'attente et l'importance d'avoir des affiches dans les cabinets.

« cela pourrait être déjà de l'affichage au cabinet. Les patients sont assez sensibles aux affichages et cela leur permet de poser des questions sur ce qu'ils voient, c'est le cas pour les affiches sur la contraception » Entretien 12

« une diffusion dans la salle d'attente. Des affiches dans le cabinet. » Entretien 3

7. Les obstacles rencontrés dans cette prévention

a. Le manque de temps

- Le manque de temps était le premier obstacle évoqué par presque tous les internes à l'exception d'un :

« mais le manque de temps me bloque un peu. » Entretien 4

« le premier obstacle c'est le temps, c'est surtout cela qui bloque. » Entretien 6

« il y a toujours un obstacle de temps et de quantité d'informations délivrables au cours d'une consultation. » Entretien 9

- Un seul interne ne le considérerait pas comme un obstacle :

« pour moi, le temps n'est pas un obstacle ; c'est à nous de le prendre » Entretien 7

b. Le manque de connaissances

- Après le manque de temps, un des obstacles qui revient souvent lors des entretiens est le manque de connaissances précises sur le sujet qui bloque beaucoup d'internes. Certains souhaiteraient être mieux formés pour faire cette prévention.

« et puis surtout il faudrait être un peu plus sensibilisé à cette question. » Entretien 4

*« pour moi, c'est peut être légèrement le manque de connaissances à ce sujet. »
Entretien 7*

« pour moi, les deux gros obstacles sont le temps et le manque de formation, de connaissances précises sur le sujet. S'il y avait des outils pour nous aider dans cette prévention, ce serait bien. » Entretien 11

« en plus, je trouve cette prévention très anxiogène pour le médecin et les parents. Moi, je ne me sens pas à même de leur donner des conseils très clairs. » Entretien 13

« c'est plus que je ne saurais pas trop comment aborder le sujet. Comme je ne connais pas bien le sujet, je ne saurais pas trop comment en parler. » Entretien 14

c. Le manque d'outils pour aider à faire cette prévention

- Certains regrettaient de ne pas avoir d'outils pour aider à faire cette prévention :

*« Si il y avait des outils pour nous aider dans cette prévention, ce serait bien »
Entretien 11*

d. Le manque de conviction

- Peu d'internes considéraient que le message ne passerait pas, car les parents n'attendaient pas cela comme message. Pour eux ce serait être moralisateur et finalement se substituer au rôle éducatif des parents.

« pour moi, le premier obstacle en faisant de la prévention systématique, c'est que le parent en face me demande si je le prends pour un idiot, car il s'agit de conseils de bon sens. » Entretien 5

« après les obstacles, et bien, les parents quand ils consultent, ils ne viennent pas pour avoir des leçons de bon sens, c'est plus pour des problèmes médicaux. Pour moi c'est l'obstacle principal. Je me sentirais mal à l'aise de donner des leçons d'éducation aux parents. » Entretien 8

- Certains n'y pensaient tout simplement pas :

« moi, je pense que le premier obstacle, c'est qu'on y pense pas ! » Entretien 15

e. La mauvaise sensibilisation par les Pouvoirs Publics

- Certains internes considéraient qu'il n'y avait pas assez de campagnes de sensibilisation de la part des Pouvoirs Publics et que c'était un obstacle à part entière :

« c'est le manque de temps mais aussi j'ai l'impression que c'est le manque d'implication des Pouvoirs Publics. Et peut-être qu'on n'est pas assez sensibilisés. » Entretien 10

8. Ressenti des internes suite à l'entretien

- La majorité des internes disait ne pas avoir été indifférents à la question. Ils disaient, pour la plupart, que cela avait modifié un peu leur conception de la prévention des accidents de la vie courante en Pédiatrie. Certains disaient qu'ils auraient envie d'être un peu plus sensibilisés au sujet et de faire un peu plus de prévention.

« là dans les prochains jours et semaines, oui, car cela m'a fait penser à des accidents que j'ai pu voir, en Pédiatrie notamment, et je me dis que si je prends l'habitude de faire de la prévention dès maintenant, grâce à ce questionnaire, ça pourrait vraiment devenir une habitude. En tout cas ce serait bien. »Entretien 2

« oui, tout à fait. Pour les consultations de Pédiatrie à venir, je vais essayer de m'y pencher un peu plus. Franchement je n'y pensais tout simplement pas. » Entretien 7

« non, cela ne m'a pas appris plus de choses mais par contre, cela me montre que je ne fais pas cette prévention et du coup, je le ferais un peu plus....rire... » Entretien 11

- Les hommes semblaient avoir été moins touchés par cet entretien, car tous disaient que cela ne leur avait rien apporté, alors que seule une femme a dit cela.

DISCUSSION

1. Résultats principaux

Cette étude qualitative suggère que les internes de Médecine Générale seraient insuffisamment sensibilisés et formés sur la question de la prévention des accidents de la vie courante.

Quasiment tous réclamaient une meilleure formation, ou tout du moins une sensibilisation de meilleure qualité.

Ils étaient tous d'accord pour dire que faire une prévention primaire et secondaire serait bénéfique. Mais pour la plupart, ils reconnaissaient ne pas réaliser de prévention primaire de façon systématique alors que la secondaire était réalisée couramment. Ils reconnaissaient attendre qu'un accident se soit produit pour intervenir.

Les principaux obstacles identifiés étaient le manque de temps et de connaissances.

La première cause du défaut de prévention primaire, qui est apparue au fil de nos entretiens, semblait être un manque de sensibilisation dont l'origine pourrait être double : manque de formation mais aussi un manque d'implication des Pouvoirs Publics aggravant le manque de sensibilisation.

Les campagnes de prévention contre les accidents de la route, sont bien médiatisées et connus du grand public. Or dans l'étude, les internes interrogés n'avaient pas connaissance de campagnes précises sur les accidents de la vie courante qui sont pourtant deux fois plus mortels que les accidents de la route.

On peut évoquer également un manque de conviction pour faire cette prévention. Le défaut de sensibilisation déjà évoqué peut entraîner un manque de conviction des internes.

Si comme pour le tabac ou l'alcool, on insistait auprès des internes sur l'importance de faire de la prévention, probablement que ceux-ci se sentiraient davantage concernés. Et pourtant il s'agit de la 3ème cause de décès en France après les accidents cardiovasculaires et les cancers et la 1ère cause de décès chez les enfants de 1 à 14 ans. [4, 6, 5]

De plus, une partie intéressante à relever, et qui témoigne de la complexité de cette question des accidents de la vie courante qui touchent la sphère privée, est l'attitude des internes face aux parents des enfants victimes d'un accident. En effet les parents ressentent souvent une grande culpabilité très riche en émotions. Les internes interviewés avaient tous ressenti cette culpabilité. Ils s'employaient tous à déculpabiliser les parents comme le montraient les termes utilisés, liés à la réassurance, la déculpabilisation, et à la « dédramatisation ». Pour certains internes, le fait que cela pouvait arriver à tous, leur faisait presque oublier les messages de prévention. Pour d'autres, on comprenait bien que l'important était que cela ne se renouvelle pas. L'attitude de chacun des internes étaient influencée par leur vécu et leur propre représentation. Cela montre qu'il est difficile de traiter d'une question qui touche la sphère privée. Le manque d'expérience et de sensibilisation sur ces accidents domestiques jouait très probablement sur l'attitude des internes.

On peut imaginer, de ce fait, qu'une meilleure connaissance des chiffres de mortalité et d'efficacité des actions de prévention améliorerait les actions préventives des internes en changeant leur propre représentation de l'impact de ces accidents.

2. Les limites et forces de l'étude

a. Biais de recrutement / de sélection

La population d'étude était basée sur le volontariat. Nous pouvons donc supposer que les interviewés ont accepté parce que le sujet les intéressait et/ou en raison de liens professionnels, amicaux ou cordiaux. Ceci a pu interférer avec la neutralité de leurs réponses.

De plus la proportion entre hommes et femmes ne respectait pas entièrement les proportions propres à l'internat de Médecine Générale. En effet l'étude présentait 3 hommes et 12 femmes ce qui correspond à 80% de femmes. Actuellement la Médecine se féminise, mais en 2011 le pourcentage de femmes ayant choisi l'internat de Médecine Générale était de 66%. [24]

En Ile de France les chiffres se rapprochent davantage de 70%. Il aurait donc fallu que nous interrogeons 2 hommes de plus pour nous rapprocher de ces chiffres. Mais cela est peu important dans une étude qualitative qui ne cherche pas à être représentative mais à avoir de la diversité. Or c'est le cas dans l'étude, tant en termes d'âge, de sexe et de lieu d'études. De plus notre recrutement n'est finalement pas si éloigné de la réelle démographie médicale qui se profile dans les années à venir.

Les internes étaient tous, sauf 1, de la région Ile de France et se regroupaient sur 4 Facultés : Paris VII, Paris XII, Paris XIII et Rouen. Mais c'est la Faculté de Paris VII qui était la plus représentée par 12 internes. Cela s'explique par le fait qu'il s'agit de notre Faculté d'appartenance et que certains des entretiens ont été réalisés sur le lieu même de la Faculté et sur des lieux de stages dispensés par la Faculté de Paris VII.

Par contre, nous avons essayé d'avoir des semestres différents afin d'obtenir une diversité dans les réponses, même si le 6ème semestre et le semestre supérieur sont les plus représentés. Ce qui s'explique par des opportunités mais également par le fait que nous souhaitons pouvoir avoir des réponses riches en informations. Or, pour cela, il nous semblait plus judicieux d'interroger un certain nombre d'internes ayant réalisé des SASPAS ou des stages libres et qui avaient de ce fait, un peu plus d'expérience des consultations ambulatoires.

Nous pensons avoir pu ainsi limiter le biais de recrutement, en ayant une population variée mais restant quand même pertinente pour notre étude.

b. Biais de mémoire

Les internes ont été interrogés sur la formation reçue et leur sensibilisation à la prévention des accidents de la vie courante ainsi que sur leurs actions de prévention.

Comme dans toute enquête déclarative, il est probable qu'il ait pu y avoir des oublis. Il nous faut donc interpréter les résultats plutôt sous la forme du souvenir : « certains médecins ont eu le souvenir d'avoir eu une formation », par exemple.

Ce biais de mémoire n'avait pas de raison d'influencer une analyse de l'impact des formations. Car ce que nous cherchions à savoir c'était la sensibilisation d'une formation et son retentissement éventuel sur leur pratique professionnelle.

c. Biais lié à l'enquêteur, biais d'intervention

Nous avons essayé de limiter ce biais d'intervention en suivant le guide d'entretien sans influencer l'interviewé et en le laissant s'exprimer librement. Nous avons essayé au cours

des entretiens d'être le plus neutre possible, cela dans le but de ne pas influencer l'interne. Pour cela nous avons suivi la trame du guide d'entretien le plus fidèlement possible sans influencer les réponses ni donner notre avis. Il est possible que les tous premiers entretiens soient ceux les moins neutres, mais leur répétition nous a permis d'améliorer nos compétences d'intervieweur.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, ce qui a permis d'avoir une discussion la plus naturelle possible avec les interviewés, sans prise de note. Mais un ou deux internes ont semblé gênés par sa présence au début de l'entretien. Cela a pu entraver leur spontanéité tout du moins au début car au cours de la discussion, tous semblaient l'oublier et se concentrer davantage sur l'entretien.

d. Biais de retranscription / biais de mesure des données

Il peut y avoir eu un biais de retranscription : nous avons essayé de rédiger le plus fidèlement possible les entretiens au mot à mot, sans correction de syntaxe. Mais de rares passages étaient peu audibles, pouvant gêner une retranscription fidèle. Deux entretiens ont été réalisés au domicile, ce qui a pu distraire un peu les interviewés.

e. Biais lié à la méthode d'analyse et d'interprétation

La validité interne d'une étude qualitative repose sur la notion que les données recueillies doivent être représentatives de la réalité et reproductibles. Une saturation des données a été atteinte avec 15 participants.

La triangulation des sources ou des méthodes est un procédé qui permet d'augmenter la validité interne donc la qualité de l'étude. Cela consiste par exemple à comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données (recueil ou observation)

ou au moins deux sources de données (entretiens avec étudiants et enseignants). La triangulation concerne également l'analyse des données qui nécessite au moins deux personnes pour une meilleure validité. Cela n'a pas pu se faire dans notre étude pour des questions d'organisation et parce que notre sujet concernait les internes de Médecine Générale uniquement.

Il existe un risque que nos propres représentations et hypothèses préalables aient influé sur l'analyse des résultats pouvant ainsi induire un biais d'analyse. Afin d'éviter et de limiter cela, nous avons essayé de rester les plus impartiaux possible à la fois au cours des entretiens et au cours de l'analyse. Notamment pour cela lors des entretiens nous avons suivi méticuleusement le guide d'entretien en restant le plus neutre possible. L'analyse des données a été méthodique et la plus impartiale possible en respectant les idées et ressentis véhiculés par les internes au cours des interviews. Pour cela nous avons utilisé dans les résultats les termes mêmes des internes.

f. Les forces de l'étude

Validité interne :

- Une étude qualitative doit avoir de la diversité. Cela est le cas pour notre étude, tant en terme d'âges, de sexe, de lieux d'étude.
- La fiabilité de notre étude repose sur les retranscriptions fidèles des entretiens et l'explication de la méthode d'analyse dans le chapitre méthode.
- Pour limiter le biais d'interprétation par nos propres idées et représentations, nous avons réutilisé dans les résultats les termes mêmes des interviewés qui sont écrits en italique et entre guillemets.

Pertinence de l'étude, validité externe :

Une recherche est dite pertinente lorsqu'elle apporte une connaissance ou augmente le degré de conscience à une connaissance déjà établie. De plus cela doit pouvoir être étendu à la généralisation des résultats au-delà des résultats trouvés.

Cette étude a montré le ressenti de la sensibilisation et de la formation mais aussi l'action de prévention faite par les internes et vécue par eux. Ce travail aboutit à des résultats homogènes entre les différents internes qui répondent à la question posée et qui sont proches de certains résultats antérieurs rendant généralisable cette étude.

Les accidents rencontrés et décrits par les internes restent assez proches de ceux constatés dans la population générale. Car selon les résultats de l'enquête EPAC et du BEH 2011[4, 5], les chutes restent la première cause, suivies par les suffocations (le plus souvent attribuées à l'ingestion de corps étrangers) suivie des noyades. Ensuite, on retrouve les intoxications et les brûlures. Les noyades sont très fréquentes mais non rencontrées par les internes probablement parce que les enfants ne passent pas par les urgences classiques car ce sont des accidents graves et souvent mortels. Selon l'étude MAC-15 qui s'est intéressée particulièrement aux accidents chez les moins de 15 ans, les noyades sont la première cause de décès suivies des suffocations, puis chutes et brûlures et empoisonnements. [6] Or dans notre étude, les accidents rencontrés étaient surtout des chutes, suivies des brûlures, d'ingestions de corps étrangers, puis d'intoxications. Cela est assez proche de ce qui est rencontré à grande échelle.

Cela entérine la validité externe de l'étude.

3. Comparaison aux données de la littérature.

a. La prévention secondaire privilégiée

En 2001 a été publiée en Belgique une étude téléphonique, réalisée entre septembre et octobre 2000, chargée de mesurer de façon objective les attitudes, attentes, priorités, demandes des pédiatres et médecins généralistes de la Communauté française de Belgique dans le champ de la promotion de la sécurité et la prévention des accidents domestiques chez les enfants de moins de 15 ans.[25]

Elle mettait en avant l'implication des médecins dans la prise en charge d'enfants victimes d'accidents domestiques, puisque 60% d'entre eux déclaraient avoir eu contact avec un enfant victime d'un accident domestique dans les 15 jours qui précédaient cet entretien téléphonique. De plus, 80% des médecins déclaraient faire à cette occasion une prévention des accidents de la vie courante.

En dehors de ce contexte d'intervention, les médecins déclaraient être beaucoup moins enclins à développer une approche plus systématique de la prévention. Seulement 30% déclaraient faire de la prévention spontanée, hors accident, avec une implication un peu plus grande des femmes interrogées que des hommes (54% contre 42%). Les motifs invoqués pour justifier ce manque de prévention, étaient assez comparables à ceux évoqués dans d'autres thématiques préventives : le motif de la consultation ne le permet pas, les patients ne sont pas intéressés, je n'ai pas d'informations suffisantes,...

b. Une information suffisante

Dans cette même étude, deux tiers des médecins déclaraient disposer d'informations suffisantes dans le domaine de la prévention des traumatismes : cette information suffisante reposait, pour plus de la moitié d'entre eux, sur « l'expérience » et « le bon sens ». 31,4% des médecins estimaient manquer d'informations suffisantes et d'outils suffisants pour faire cette prévention. Cela est différent de nos résultats, probablement du fait du manque d'expérience des internes de notre étude mais également par le fait que le contexte est différent puisqu'il s'agit de médecins installés en Belgique.

Pour la très grande majorité, ils considéraient avoir un rôle à jouer dans ce champ de la prévention. Presque 90% des médecins déclaraient que la demande d'information des patients sur la prévention des accidents domestiques était inexistante.

Nos résultats recourent assez ceux de cette étude Belge de 2001. En effet dans les 2 cas, les médecins et internes, ont déclaré pour la majorité faire de la prévention secondaire mais étaient peu impliqués dans la prévention systématique primaire. Pourtant ils s'attribuaient dans les deux cas un rôle important à jouer.

Comme évoqué plus haut, les différences constatées, notamment sur la rencontre des accidents de la vie courante et la sensibilisation ressentie, jouaient surtout sur l'expérience et le fait que les internes avaient forcément un manque d'expérience. L'information des médecins plus expérimentés semblerait venir de leur expérience en matière d'accidents domestiques rencontrés. Par ailleurs, le contexte de l'étude était différent puisqu'il s'agissait d'une étude belge. En Belgique il n'y a pas de chiffres récents sur la mortalité par accidents domestiques mais le réseau francophone ainsi que les chiffres de l'OMS témoignent qu'il s'agit d'une cause majeure de mortalité même si la Belgique présente des chiffres de

morbi-mortalité probablement moins élevés que la France.[11] En effet, l’OMS témoigne que dans les pays industrialisés, il s’agit de 40% de la mortalité des enfants et une cause majeure de décès. [9, 5, 11, 55] De plus par l’intermédiaire du réseau francophone (Belgique et France), on se rend compte que la politique de prévention des accidents de la vie courante est similaire. [26]

La trame de nos entretiens était en partie basée sur les résultats de cette étude. Le fait que les résultats concordent, montre que la nouvelle génération ne semblerait pas plus impliquée et sensibilisée. Cela me pousse à penser qu’une démarche différente auprès des internes vis-à-vis de cette prévention pourrait apporter un souffle nouveau à cette prévention.

c. Ressenti de l’efficacité de la prévention

En 1993, une étude, faite auprès de 277 médecins généralistes en Angleterre, montrait que seulement 23% trouvaient qu’ils exerçaient bien leur rôle de prévention dans le domaine des accidents de la vie courante. 66% déclaraient que le manque de temps en était la cause principale. Cette étude mettait également en évidence que le manque d’expérience jouait un rôle car les médecins les plus jeunes l’exerçaient bien moins que leurs aînés. [27]

En 2006, une étude, faite auprès de 600 médecins généralistes de la région Provence-Côte d’Azur consacrée à la Santé Publique, la Prévention et l’Education à la Santé, montrait que ceux-ci ne se sentaient pas très efficaces dans le domaine de la prévention des accidents de la vie courante (seulement 36% se sentaient efficaces) contrairement aux domaines de prévention « médicalisée ». [1]

« Les médecins généralistes se sentent manifestement plus à l'aise dans les activités de prévention médicales dites « techniques » (vaccination, dépistage, éducation des patients asthmatiques, diabétiques ou hyper-tendus...) que dans celles présentant une dimension éducative forte (alimentation, exercice physique, addictions, accidents de la vie courante...) pour lesquels ils doutent davantage de leurs compétences et efficacité. » [1]

Ces différentes études réalisées auprès de médecins généralistes concordent avec nos résultats qui montrent que les internes interrogés négligeaient la prévention primaire essentiellement par manque de temps et de sensibilisation. Par contre, tous faisaient de la prévention secondaire. Cela témoigne aussi d'un probable défaut de campagne médiatisée sur cette prévention au cours de ces dernières années.

d. Impact des actions de prévention dans le domaine des accidents de la vie courante

Évaluer précisément les actions réellement efficaces et pertinentes dans la prévention est difficile particulièrement dans le domaine des accidents de la vie courante comme certaines études l'ont mis en évidence. [26] Par contre, ces études, ainsi que les résultats de baisse de mortalité des 30 dernières années, ont pu montrer, qu'il existe un impact réel des actions de prévention des accidents de la vie courante. Ils mettent en évidence qu'il s'agit d'une action intersectorielle et interdisciplinaire mêlant à la fois les actions passives (législatives) et les actions éducatives modifiant le comportement. Les différents professionnels de différents pays travaillant sur cette prévention semblent unanimes. Pour être efficace dans cette prévention ils doivent agir de façon complémentaire sur les comportements individuels et

les environnements de vie ainsi qu'intervenir avant, pendant et après la survenue de l'événement accidentel. [26, 28, 8]

Le réseau francophone, regroupant des spécialistes français et belges, créé dans les années 90 afin de promouvoir cette prévention des accidents de la vie courante, s'est fortement intéressé à la question. Il montre que la réflexion sur les accidents domestiques est pluridisciplinaire mais aussi intersectorielle. Elle fait appel à des démarches structurelles et organisationnelles (mesures réglementaires et législatives, politique d'aménagement de la ville, d'équipements...) mais aussi informatives et éducatives, faisant donc appel à une très grande diversité en terme de compétences requises. Ce réseau témoigne que si les progrès ont été très visibles dans les années 80/90, la démarche s'essouffle depuis une dizaine d'années car il y a moins d'engagement des différentes structures. [8] Le CLAC (Collectif de lutte contre les accidents de la vie courante) confirme cet essoufflement et souhaiterait que celle-ci devienne une grande cause nationale comme le témoigne leur conférence débat de fin 2012. [7]

Une étude menée en 2001 sur plusieurs pays montrait qu'il est difficile d'évaluer correctement l'impact de la prévention des accidents de la vie courante mais dans l'ensemble semblait témoigner d'un lien important entre actions passives et éducatives. [26]

L'université de Nottingham a publié, en 2013, une Méta-analyse qui montrait qu'une action mêlant distribution de produits aux normes de sécurité au sein de foyers en situation précaire avec une explication des risques et une éducation pour la prévention semblait plus efficace qu'une simple information des risques ou une simple distribution à grande échelle de produits sécurisés. Celle-ci témoignait même du fait que les mesures éducatives semblaient plus utiles que la simple distribution des produits sécurisés. Elle concluait tout de

même que d'autres études étaient nécessaires pour confirmer ces résultats et notamment pour évaluer si cela amenait à une réelle baisse du nombre d'accidents. [29]

Une étude de l'INPES, menée en 2008, montrait qu'une action par support visuel permettait une bonne sensibilisation des parents mais que le changement de comportement était moins évident. Un support visuel devrait alors être probablement accompagné d'une action éducative auprès des parents. [30]

En 1998, une étude menée en Angleterre, montrait que des conseils apportés par les médecins généralistes, couplés avec un accès à des équipements de sécurité pour des familles de bas revenu, entraînait une plus grande utilisation de ces équipements avec un impact positif sur les accidents domestiques. [31]

En Suède, une étude de 2011 montrait un impact positif des campagnes d'information réalisées auprès des mères pour diminuer les plaies et les blessures de leurs enfants mais aussi pour leurs apprendre les mesures d'urgences à appliquer. [32]

Une étude de 2012 au Canada (Ontario) montrait que des programmes d'intervention sur la sécurité du domicile augmentaient la protection des enfants au domicile notamment par une meilleure supervision des jeunes enfants par leurs parents. [33]

Enfin l'université de Vérone en Italie, a publiée en 2012, une revue de la littérature portant sur différents programmes d'intervention abordant la prévention des accidents liés aux empoisonnements au domicile des enfants, qui montrait un impact positif des éducations à domicile auprès des parents et des mesures pour réduire les risques d'empoisonnements. Cela, essentiellement à travers l'éducation des mères et en protégeant l'environnement des enfants. [34]

On peut retirer de ces données plusieurs informations. Afin que les mesures de prévention des accidents domestiques soient efficaces, il est indispensable de mêler toutes les disciplines et les secteurs. Le médecin traitant a donc un rôle non négligeable même si celui-ci semblerait insuffisamment efficace seul, sans l'implication des Pouvoirs Publics, des associations, de campagnes médiatiques, des autres professionnels de l'enfance.... Cela conforte notre étude, et m'amène à penser que les jeunes et futurs médecins ont leur place dans cette prévention. Si les internes interrogés semblaient insuffisamment impliqués, cela pourrait être lié à la diminution, depuis une dizaine d'années, de l'implication des autres intervenants et notamment des Pouvoirs Publics.

e. Des outils dans cette prévention [37, 38, 39, 46, 47, 48]

Pourtant de nombreux outils sont à notre disposition, relayés notamment par les différentes associations travaillant dans le domaine des accidents de la vie courante mais également par l'INPES. D'ailleurs, ces moyens qui existent, concordent avec les idées des internes interrogés dans notre étude au sujet de comment améliorer à notre niveau cette prévention.

- Des affiches destinées notamment aux cabinets médicaux et aux salles d'attentes existent et ont prouvé leur impact. [30]
- De nombreux sites interactifs et faciles d'utilisation sensibilisent à la thématique. Ils s'adressent à la fois aux professionnels, aux parents et aux enfants :

www.prevention-maison.fr

www.prudence.macif.fr

www.lesexpertsdelaprudence.fr

www.accidents-domestiques.com

Or, les dernières études menées sur la prévention par le biais d'Internet, semblaient montrer une action très favorable d'Internet et un impact important de ces différentes actions. [35]

- Des supports écrits comme des brochures à destinations des parents et des professionnels permettent également de promouvoir cette prévention. Notamment en expliquant le développement de l'enfant et des risques associés à ce développement psychomoteur.

« Protégez votre enfant des accidents domestiques » par INPES

www.one.be

Pages 36-37 du carnet de santé depuis 2006.

- Des outils pédagogiques permettent notamment aux enfants et aux parents de comprendre et prévenir les risques de façon ludique.

« Sécurité au quotidien », Kit pédagogique, Nathan, 2005, France

« C'est pas sorcier : le secourisme, les gestes qui sauvent »,

Support audiovisuel (Dvd), France 3 éditions, 2005, France

« Tim, Tam et la famille souris », Livre, ÉducaSanté, 2007, Belgique

« À la maison on fait attention », Dvd, CCAS, 2007, France

« Les experts de la prudence », Kit pédagogique, Almakane éditions, 2005, France

« La maison d'Olibrius », Jeu, EDEA, 2009, France

« Les kaskou » 3 livres développés par axa prévention. Michel LAFON. Fin 2013

« Application Kisovki 2 »

Le site « les expert de la prudence »

Les chiffres de ces 30 dernières années montrent qu'en combinant les actions, on peut diminuer les risques des accidents de la vie courante. En tant que médecins généralistes, nous avons notre place au sein de cette prévention. En connaissant les outils à notre disposition pour appuyer notre prévention, celle-ci sera bien plus utile et efficace.

4. Hypothèses et prospectives issues de l'étude.

a. Sensibilisation et formation des internes : hypothèses et pistes à évoquer

À travers cette étude qualitative, il apparaît que les internes se sentaient insuffisamment sensibilisés et non formés. Cela se traduisait par le fait qu'ils n'avaient aucun souvenir de formation mais également par le manque de conviction à faire cette prévention primaire pour certains et que la plupart n'y pensaient tout simplement pas. Beaucoup avaient intuitivement notion que c'est une cause première de mortalité et pourtant se décrivaient insuffisamment sensibilisés.

À travers l'étude, plusieurs hypothèses peuvent être évoquées expliquant le manque de sensibilisation. Hypothèses qui émergent du ressenti et des mots évoqués par les internes. Cela peut donner quelques pistes afin de promouvoir cette prévention.

- Il y a probablement un défaut de formation sur ce sujet.

- Il y a probablement un défaut d'expérience des internes. Ils n'ont pas encore été suffisamment confrontés aux accidents de la vie courante lors de l'exercice de la Médecine et dans leur vie personnelle. Le jeune âge des internes peut également jouer et notamment le fait que la plupart n'ont pas encore d'enfants.

- Le fait qu'il s'agit d'accidents touchant la sphère privée rendant délicat d'aborder le sujet, avec une peur d'être intrusif et/ou vu comme moralisateur par les parents. On peut également évoquer la peur des parents d'être jugés qui peut les conduire à ne pas aborder d'eux même la question. Cela peut jouer également sur le manque de conviction des internes
- Il est possible également que le manque d'implication des Pouvoirs Publics à grande échelle et notamment par des campagnes médiatiques de grande ampleur joue. S'il y avait davantage de publicités sur les accidents de la vie courante cela augmenterait la sensibilisation au sujet.

Il est dommage que le manque d'expérience et de sensibilisation aient comme conséquence un manque d'implication des internes. Attendre la confrontation avec l'accident pour faire de la prévention est regrettable.

Pour améliorer cette sensibilisation et cette formation, j'ai extrait de l'étude quelques idées. Cela a été mis en évidence lors des entretiens après discussion avec les internes de leurs souhaits et de leurs idées.

Tous les internes demandaient une sensibilisation de meilleure qualité ainsi qu'une meilleure formation. La majorité souhaiterait que cela soit abordé à la Faculté durant l'Internat.

Les trois années d'Internat avec ses 200 heures de cours obligatoires ne permettent évidemment pas d'aborder tous les champs de la Médecine. Il est donc nécessaire de faire des choix. Pourtant je pense que comme toutes les autres préventions (lutte contre l'obésité, lutte contre le tabagisme, lutte contre les facteurs de risque cardio-vasculaire,

etc.), la promotion de la prévention des accidents de la vie courante est une part importante de la Médecine Préventive. Je ne crois pas qu'un cours d'une journée sur les accidents de la vie courante soit nécessaire. Par contre donner quelques chiffres et quelques idées clés et messages utiles pour la pratique pourraient être intéressants. Ces chiffres devraient même me semble-t-il, être abordés dès le deuxième cycle pour mieux sensibiliser les étudiants en Médecine.

Je pense qu'il est important d'aborder durant l'Internat ce sujet sensible. Peut-être cela ne nécessiterait-il pas une formation purement théorique mais plutôt à l'occasion de cours basés sur des situations réelles, des cours plus interactifs où les chiffres de morbi-mortalité pourraient être abordés afin de donner les clés et l'envie de chercher l'information pour se former. Cela pourrait également être abordé lors d'enseignements sur sites, par exemple au cours des stages de niveau 1 ou du pôle mère-enfant. Cela serait intéressant, car proche de situations potentiellement rencontrées par les internes et donc, qui les intéresseraient de façon plus pertinente. Une autre possibilité serait d'utiliser une mise en situation traitant de cette question par exemple lors des séances d'ECOS (examen clinique objectif structuré).

Je pense que la Faculté, mais aussi les différents Maîtres de stage rencontrés au cours des études de Médecine, devraient pouvoir sensibiliser les étudiants par des messages clés afin de les pousser à compléter leur formation, s'ils en ressentent le besoin. Il est bien sûr du devoir de chaque médecin de se former mais pour cela il faut avoir conscience d'en avoir besoin, ce qui ne semble pas être le cas au vu des résultats de notre étude.

b. Hypothèses et pistes pour améliorer l'action de prévention en médecine

Lors des interviews, pour tous, le médecin avait un rôle à jouer dans la prévention des accidents de la vie courante. Il serait bénéfique que cela soit fait en primaire comme en secondaire. Pourtant peu nombreux sont ceux qui le pratiquent. La mise en évidence des obstacles principaux ressentis par les internes associés à ce qu'on peut voir dans certaines études peuvent permettre de donner des idées pour promouvoir et améliorer cette prévention.

Le temps est ressenti comme un obstacle, pourtant d'après moi, il n'est pas réellement un obstacle si on a les bons outils et les bonnes connaissances pour faire cette prévention des accidents domestiques. Le médecin manquera toujours de temps et pourtant lorsqu'il y croit il fera passer ses messages de prévention.

Certaines des pistes ont été évoquées par les internes pour améliorer cette prévention.

- Faire cette prévention lors des visites de routine au même titre que vérifier les vaccins et parler de l'alimentation. Le faire de façon répétée et systématique.
- Sinon faire des consultations dédiées. Eventuellement profiter du bilan 9ème et 24ème mois. Car cela correspond à des âges où de nouveaux risques apparaissent. Mais surtout, la question est posée sur le nombre d'accidents déjà rencontrés lors du certificat. Si on en profitait pour glisser les messages de prévention à ce moment-là, ce serait judicieux et pertinent. Une case pourrait alors exister sur le carnet de santé indiquant si le médecin a fait ou non cette prévention. Cela pourrait alors servir à la fois de repère et de rappel au médecin.

- La visite au domicile peut être aussi l'opportunité d'évaluer les risques encourus et donner des conseils.

- Développer les flyers, les supports écrits à destination des parents et des enfants, l'affichage dans les cabinets. Utiliser et connaître les outils existant déjà au niveau de l'INPES et des associations de lutte contre les accidents de la vie courante. Augmenter la sensibilisation auprès des parents à partir de supports écrits délivrés par le médecin est important. L'aménagement de la salle d'attente est important car les patients y passent du temps. Cela permettrait de sensibiliser les patients. Cela existe ! Donc mieux communiquer sur leur existence et leur diffusion est un point important.

- Avoir des outils faciles à utiliser au cours des consultations pour appuyer la prévention en fonction de l'âge du développement psychomoteur de l'enfant est une aide qui pourrait être bénéfique également.

Surtout, il est important de développer les connaissances vis-à-vis de cette prévention. Si les jeunes médecins souhaitent faire cette prévention plusieurs moyens existent déjà. Il faut juste y avoir accès et les diffuser auprès des parents et enfants.

5. Les débouchés de l'étude

Sans reprendre ce qui a été proposé plus haut, je souhaite rappeler que cette étude est qualitative et de ce fait, n'étudie qu'un petit échantillon d'internes donc non représentatif de la population. Par contre elle donne des pistes pouvant permettre un éventuel agrandissement de l'étude avec un plus grand échantillon, voire une comparaison entre médecin et interne. Ce qui pourrait apporter de nouvelles pistes à cette prévention.

Une autre piste potentiellement intéressante, serait d'étudier l'impact d'une formation courte à la Faculté, soit théorique, soit sous forme d'ECOS. Et d'étudier si cela influence le ressenti et l'attitude des internes pour cette prévention des accidents de la vie courante.

Par ailleurs cette étude s'attache aux enfants. Or, il existe une autre tranche d'âge fortement touchée par ces accidents : les personnes âgées, de plus de 65 ans. Face au vieillissement de la population, il serait intéressant de s'interroger sur la prévention qui est faite auprès de cette tranche d'âge et sur comment faire celle-ci.

CONCLUSION

La prévention des accidents de la vie courante nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et plurisectorielle impliquant à la fois les Pouvoirs Publics et tous les professionnels travaillant auprès d'enfants (crèches, écoles, sages-femmes, médecins, assistantes maternelles...) et dans le domaine de la prévention (associations, CLAC...). Le médecin fait partie intégrante de cette prévention. Il est un des référents le plus proche des parents et qui a leur confiance. Les parents vont chercher auprès de leur médecin des conseils et notamment, ils attendent de leur médecin d'aborder des questions sensibles comme l'accident de la vie courante et tout particulièrement l'accident domestique. Les parents sont toujours inquiets pour leurs enfants et souvent sensibles lorsque l'on devance leur demande. Le médecin généraliste est bien placé pour cette prévention, car il est le maillon précieux au sein de ce travail pluridisciplinaire. Il est dommage d'attendre que l'accident domestique survienne pour en parler. Les accidents de la vie courante sont un problème d'actualité insuffisamment présenté dans les Media. Pourtant promouvoir cette prévention est important. 230 décès d'enfants par an, en France, pour la plupart évitables, sans compter les accidents entraînant des séquelles et ceux heureusement sans gravité. Le médecin étant un des professionnels de santé qui côtoie régulièrement les familles, il est idéalement placé pour promouvoir cette prévention. Cette étude sur un petit échantillon d'internes de Médecine Générale témoigne que la jeune génération de médecins se sent insuffisamment formée et sensibilisée. Ce qui se ressent dans leur attitude de prévention. A l'image de leurs aînés, ils favorisent la prévention secondaire, après la survenue de l'accident avec laquelle ils sont plus à l'aise. Et ils négligent la prévention proactive systématique des accidents de la vie courante en Pédiatrie par manque de connaissances et de conviction.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif (dernière grille d'entretien retravaillée)

- A) En quel semestre êtes-vous ? Quel âge avez-vous ? (sexe)
- B) Avez-vous fait un stage en Pédiatrie (où) ? un niveau 1 ? et un SASPAS ? (pourcentage des enfants dans l'activité) et actuellement que faites- vous ?
- C) Quel est votre projet professionnel ?
- D) Avez-vous été confronté(e) à un accident domestique en Pédiatrie ?
(Laissez parler puis recentrer)
- A quelle occasion :
 - Intoxication médicamenteuse ?
 - Produit d'entretien ?
 - Ingestion Corps étranger/syndrome de pénétration ?
 - Chute notamment table à langer/lit sans barrière ?
 - Défenestration/chute dans escalier ?
 - Brûlure ?
 - Morsure/griffure par animal ?
 - Noyade ?
 - Etouffement ?
 - Electrocution ?
 - Quelle a été votre attitude notamment vis-à-vis des parents ? Quels messages vous vouliez faire passer aux parents ?
- E) Pensez-vous être suffisamment sensibilisé(e) voir formé(e) à cette question ?
(Laissez parler)
- Si oui par qui ? Formation théorique ? Compagnonnage (stage, faculté)? Jeu de rôle, cas clinique? Autodidacte ? Autre ?
 - Et souhaiteriez-vous être plus formé(e) ? Sensibilisé(e) ? Comment dans l'idéal ?
- F) Dans votre pratique professionnelle abordez-vous régulièrement cette question (jamais, rarement, souvent, presque toujours) et l'abordez-vous d'emblée (jamais, rarement, souvent, presque toujours) avant la survenue d'accident ou secondairement après la survenue d'accident (jamais, rarement, souvent, presque toujours) ?

G) (S'il l'aborde d'emblée :) A quelle occasion faites-vous la prévention ? (laissez parler et indiquer si bloque) Lors de visite systématique, vaccination, en fonction des parents et de l'évaluation du risque, lors des certificats du 8^e jour, 9^e mois et 24^e mois, autre.... ?

H) Quel rôle pensez-vous qu'un médecin ait dans cette prévention ? Ou quelle est la place du médecin dans cette prévention ? (laissez parler et indiquer si bloque) Un rôle avant la survenue d'un accident ou plutôt en secondaire après la survenue d'un accident ? (laissez parler)

Pensez-vous que d'agir avant (en primaire) pourrait être bénéfique ?

Pensez-vous que ce n'est pas le rôle du médecin (rôle des Pouvoirs Publics) ?

Quelle est pour vous la place des Pouvoirs Publics notamment par rapport à celle du médecin ?

Avez-vous connaissance de campagne de prévention ?

I) S'il était nécessaire de faire une prévention systématique, Comment pourriez-vous l'envisager et quels obstacles voyez-vous (laissez parler puis donner des exemples si bloque/non pas d'idée : manque de temps, manque de sensibilisation/formation difficulté à adapter la prévention au développement psychomoteur et à l'âge des enfants, manque d'outils qui permettrait d'aborder au moment opportun la prévention (une grille des risques en fonction de l'âge par exemple)) ?

J) Est-ce que ce questionnaire vous fait envisager la prévention des accidents de la vie courante sous un jour nouveau ?

K) Avez-vous une idée du rang de mortalité des accidents de la vie courante en France ?

Merci de votre participation qui bien-sûr reste anonyme.

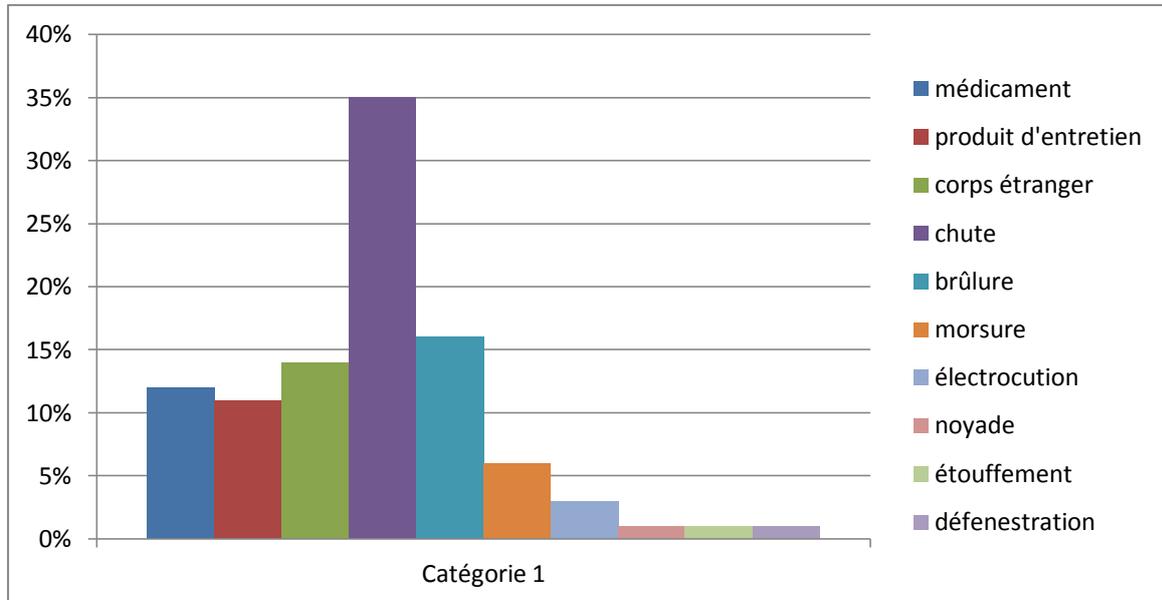
2. Annexes 2 : population étudiée

	Sexe	Age	Semestre actuel	Type de stages réalisés	Pourcentage d'enfants vus en stage ambulatoire	Projet Professionnel	Durée de l'entretien	Faculté
Entretien 1	Femme	27	6e	Pédiatrie Niveau 1 Actuellement en SASPAS	Environ 15%	Remplacement Puis installation en libéral	13min28	Paris 7
Entretien 2	Femme	26	5e	Actuellement en stage de Pédiatrie Niveau 1	Environ 20%	Probablement un DESC Urgence Pédiatrique	9min6	Paris12
Entretien 3	Femme	26	3e	Actuellement en stage de Pédiatrie	0	Ne sait pas encore	8min28	Paris 7
Entretien 4	Femme	31	SUP	Pédiatrie Niveau 1 SASPAS avec 1 journée de PMI	40% (actuellement remplace là où elle va s'installer)	Installation en cabinet de groupe libéral	8min5	Paris 13
Entretien 5	Homme	29	6e	Pédiatrie Niveau 1 Actuellement en SASPAS	20%	Remplacement mais pas de projet précis	7min38	Paris 7
Entretien 6	Homme	29	6e	Pédiatrie Niveau 1 Actuellement en SASPAS	20-30%	Remplacement	5min37	Paris 7
Entretien 7	Femme	26	4e	Actuellement en niveau 1	15%	S'installer en ville, en cabinet libéral	7min35	Paris 7
Entretien 8	Femme	27	5e	Pédiatrie Niveau 1 Actuellement en Service de Gériatrie	10%	Activité salariée Par exemple en soins de suite de rééducation de Gériatrie	10min52	Paris 7
Entretien 9	Femme	27	4e	Actuellement en niveau 1	25-30%	Etre médecin mais ne sait pas plus	8min12	Paris 7
Entretien 10	Homme	27	6e	Pédiatrie Niveau 1 SASPAS Actuellement en Gynécologie	50%	Remplacement puis installation en cabinet libéral	9min48	Rouen
Entretien 11	Femme	29	6e	Pédiatrie Niveau 1 Finit son SASPAS	35%	Faire Capacité de Médecine Vasculaire	6min37	Paris 7
Entretien 12	Femme	28	6e	Pédiatrie Niveau 1 Actuellement en SASPAS (Médecine Scolaire)	30% en niveau 1 50% en SASPAS	Installation en cabinet libéral de groupe ou maison médicale En attendant remplacement	8 min54	Paris 7
Entretien 13	Femme	28	SUP	Niveau 1 Pas de stage de Pédiatrie car Pôle mère-enfant validé pas un stage libre et un SASPAS avec de la Médecine Scolaire	30%	Faire thèse puis remplacement	6min26	Paris 7
Entretien 14	Femme	27	SUP	Niveau 1 Pas de stage de Pédiatrie car Pôle mère-enfant validée pas un stage libre et un SASPAS avec de la Médecine Scolaire	40%	Remplacement Puis installation	8min12	Paris 7
Entretien 15	Femme	28	6e	Pédiatrie Niveau 1 Actuellement en SASPAS avec une demi-journée en PMI	Niveau 1 15% SASPAS 30-35%	Remplacement puis installation en groupe médical libéral	9min55	Paris 7

3. Annexe 3 : les accidents de la vie courante en Pédiatrie rencontrés par les internes interviewés.

	<i>Histoire racontée</i>	<i>Médicament</i>	<i>Produit d'entretien</i>	<i>Corps Etranger</i>	<i>Chute</i>	<i>Brûlure</i>	<i>Morsure Griffure</i>	<i>Défenestration</i>	<i>Noyade</i>	<i>Etouffement</i>	<i>Electrocution</i>
1	Prise de médicament	Assez fréquent	Non	Souvent	Assez Fréquent	Assez fréquent	Non	Non	Non	Non	Non
2	Absorption eau de javel	Moyenne fréquence	Un peu	Un peu	Fréquent	Non	Non	Non	Non	Non	Non
3	Absorption lessive	Peu	Peu	Peu	Fréquent	Peu	Peu	Non	Non	Non	Une
4	Brûlure avec eau chaude	Non	Non	Un peu (3 en 6 mois)	Assez fréquent (15 en 6 mois)	Assez fréquent	Un peu (4 à5)	Une	Non	Non	Non
5	Chute canapé et absorption de produit vaisselle	Un peu	Assez souvent	1	Fréquent	Non	Non	Non	Non	Non	Non
6	Traumatologie de la face et brûlures	Un peu	Un peu	Assez Souvent	Fréquent	Oui quelques unes	Non	Non	Non	Non	Non
7	Chute dans l'escalier	Non	Non	Non	Une	Non	Non	Non	Non	Non	Non
8	Brûlures au visage avec eau bouillante	Un peu (1 ou 2)	1	Non	Non	Assez fréquent	Non	Non	Non	Non	1
9	Pas d'histoire	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
10	Traumatisme crânien par chute d'un meuble	Un peu (1-2)	Quelques-unes	Quelques-unes	Assez fréquent	Quelques-unes	1-2	Non	Non	Non	Non
11	Ingestion de Lexomil®	Quelques-unes	1	Non	Plusieurs	Non	Non	Non	Non	Non	Non
12	Brûlure	Un peu	1 ou 2	Pas mal	Beaucoup	Un peu	1	Non	Non	Non	Non
13	Pas d'histoire	Non	Non	Non	Quelques-unes	Non	Non	Non	Non	Non	Non
14	Pas d'histoire	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
15	Chute d'un grand lit lors de la sieste	Un peu	Un peu	Assez souvent	Beaucoup	Un peu	Une	1 mais volontaire	Non	Non	Non

4. Annexe 4: diagramme de répartition sur 100 accidents, des différents accidents rencontrés jusqu'à présent par les internes interviewés



BIBLIOGRAPHIE :

1. INSERM et ORS PACA : Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. [consulté en juin 2013] <http://www.sesstim-orspaca.org/syntheses_resultats/pdf/06-SY14.pdf>
2. Site du ministère des affaires sociales et de la santé : Définition des accidents de la vie courante. [consulté en juin 2013]
< <http://www.sante.gouv.fr/la-definition-des-accidents-de-la-vie-courante-acvc.html>>
3. site de l'INPES: www.inpes.sante.fr, Accident de la vie courante : définition et contexte français. [consulté en juin et novembre 2013]
<<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/accidents/index.asp>>
4. Enquête EPAC : [consulté en juin 2013]
<<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Traumatismes/Enquetes-Systemes-de-surveillance/Recueils-permanents/Enquete-Permanente-sur-les-Accidents-de-la-Vie-Courante-EPAC>>, <<http://www.invs.sante.fr/beh/2010/08/>>

5. BEH n°29-30 2011 : Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008. [consulté en juin et juillet 2013]
<<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-29-30-2011>>

6. Etude MAC-15 de l'institut de veille sanitaire. Publiée le 28/06/2010. [consulté en juin et juillet 2013] <<http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Traumatismes/Enquetes-Systemes-de-surveillance/Enquetes-thematiques/Enquete-sur-la-mortalite-par-accident-de-la-vie-courante-chez-les-enfants-de-moins-de-15-ans-MAC-15>>

7. Prévention des accidents de la vie courante grande cause Nationale 2013. Conférence-débat 6 novembre 2012. [consulté en novembre 2013]
<http://www.unaf.fr/IMG/pdf/dossier_presse_clac-6_nov_2012_2.pdf>

8. BAUDIER François. De la prévention des accidents domestiques de l'enfant à la promotion de la sécurité : l'engagement d'un réseau francophone. Archives de pédiatrie, 2005, 12, 1567-1569 [consulté en juin et novembre 2013]
<<http://www.refips.org/files/promotiondelasecurite/article%20archives%20p%E9diatrie.pdf>>

9. La loi de santé publique de 2004 (pdf, 1,5 Mo), (objectif 93 - Traumatismes non intentionnels dans l'enfance et objectif 99 - Chutes des personnes âgées). [consulté en novembre 2013] <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000601/0000.pdf>>
10. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. cepiDc, Inserm. cepiDC 2006. [consulté en juin 2013] <<http://cepidc.vesinet.inserm.fr>>
11. UNG A. B, Belanger F, FRIMODT-MOLLER B et al. Le risque de décès par accident de la vie courante en Europe : variations importantes en fonction du sexe, de l'âge et des pays, 1994-2003. [consulté en août 2013] <http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3370>
12. BANTUELLE M, LEVEQUE A « la place du médecin généraliste dans la prévention des accidents domestiques chez le jeunes enfants » Education santé, N°187, février 2004. [consulté en juillet 2013] <<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=133>>
13. Revue EXERCER. Numéro 108 (spécial) sur la certification des compétences.
14. Site du département de médecine générale de paris VII. [consulté en novembre 2013] <<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr>>
15. Site de l'université de paris VII. [consulté en novembre 2013] <<http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr>>

16. AUDIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 2008, 84, p. 142-145.

17. Site de la bibliothèque en ligne du ROCARE/ERNWACA : Recherche qualitative.
[consulté en novembre 2013]
<<http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/definition.php>>

18. BLAIS M, MARTINEAU S. L'analyse inductive générale : Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 2008, 26, p. 1-18.

19. GLASER B, STRAUSS A. *The Discovery of Grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Transaction, 1967, 271 p.

20. POUPART J. Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin, 1997, p. 38

21. MUCCHIELLI A, PAILLE P. *L'analyse qualitative en Sciences Humaines et Sociales*. 2^{ème} édition. Paris: Armand Colin, 2008, 424 p

22. BEAUD S, WEBER F. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris: La Découverte, 2010, 333p

23. DECAESTECKER-MYON Aurélie ; HULIN Vincent ; Information médicale et prévention des accidents domestiques chez les enfants de moins de 6 ans : enquête auprès de 549 personnes consultant le site "www.accidents-domestiques.com" et de 103 médecins généralistes. Thèse d'exercice : Médecine : Lille 2 : 2010. (Université du droit et de la santé (Lille)). 2010LIL2M087
24. FAUVET Laurent avec la collaboration ROMAIN Odile, BUISINE Séverine et LAURENT Pierre. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011. DREES, N° 802 mars 2012 [consulté en novembre 2013] <<http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12530/1/er802.pdf>>
25. LEVEQUE A. Résultats de l'enquête menée auprès des médecins généralistes et pédiatres de la Communauté française de Belgique. Par le programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française. Six février 2004. [Consulté en novembre 2013] <<http://homepages.ulb.ac.be/~aleveque/epitraumac/pdf-ppt/medecinsgeneralistes.pdf>>
26. DOUMONT A, DECCACHE D. Quelle est la place de l'évaluation de la qualité des actions de prévention des accidents ? En collaboration avec Educa-Santé de Charleroi Juin 2001. [Consulté en novembre 2013] <<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos11.PDF>>

27. CARTER Y H, JONES P W. General practitioners' beliefs about their role in the prevention and treatment of accidents involving children. Br J Gen Pract. 1993 November. [Consulté en décembre 2013]
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1372485/>>
28. CUVELIER Maïté, FAVRESSE Damien, LEVA Chantal, et al. Accidents domestiques chez l'enfant et inégalités sociales de santé. Cultures&santé asbl. Focus sante n°1 novembre 2011. [Consulté en décembre 2013]
< <http://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/11-focus-sante.html?download=56:focus-sante-accidents-domestiques>>
29. KENDRICK D, YOUNG B, MASON-JONES AJ, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention (Review). Evid Based Child Health. 2013 May;8(3):761-939. [Consulté en décembre 2013]
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23877910>>
30. GIRARD D. Évaluation de la campagne de prévention des accidents par défenestration et intoxications accidentelles chez les jeunes enfants. Mars 2008. [Consulté en décembre 2013]
http://www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/evaluation-sante_2008_03.pdf>
31. CLAMP Margaret, KENDRICK Denise. A randomised controlled trial of general practitioner safety advice for families with children under 5 years. BMJ Published

23 May 1998. BMJ 1998;316:1576.1 [Consulté en décembre 2013]

<<http://www.bmj.com/content/316/7144/1576.1>>

32. CARLSSON A, BRAMHAGEN AC, JANSSON A, DYKES AK. Precautions taken by mothers to prevent burn and scald injuries to young children at home: an intervention study.

Scand J Public Health. 2011 Jul. 39(5):471-8 [Consulté en décembre 2013]

< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21511874>>

33. MORRONGIELLO BA, ZDZIEBORSKI D, SANDOMIERSKI M, MUNROE K. Results of a randomized controlled trial assessing the efficacy of the Supervising for Home Safety program: Impact on mothers' supervision practice. Accid Anal Prev. 2013 Jan;50:587-95. [Consulté en décembre 2013]

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22771287>>

34. BEIKIRCHER M, BERENZI P, MANTOVAN F. Prevention of accidental poisonings in the household with children under 6 years of age. Kinderkrankenschwester. 2012 May; 31(5):190-3.

[Consulté en décembre 2013] <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22685935>>

35. NGUYEN-THANH Viêt, LAMBOY Béatrice. Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : principaux résultats d'une synthèse de littérature. [Consulté en décembre 2013]

<<http://www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/sante-homme.pdf>>

36. BAUDIER François. Les accidents domestiques de l'enfant : mobiliser de nouveau tous les acteurs de santé publique. Médecine thérapeutique/pédiatrie. Volume 12, numéro 4, 251-3, juillet aout 2009. [Consulté en novembre 2013]
<<http://www.jle.com/fr/revues/medecine/mtp/e-docs/00/04/58/53/article.phtml>>
37. Consultation des 8 premiers jours : prévention et dépistage. [Consulté en juillet 2013]
<pediadoc.fr/age/1/6/8-jours-prevention-et-depistage>
38. Accidents domestiques protégeons les enfants de 0 à 6 ans [Consulté en juin 2013]
<<http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/06/cp061016.asp>>
39. Site d'association de prévention des accidents de la vie courante avec notamment « la maison de tous les danger de l'enfance » [Consulté en novembre 2013]
<<http://www.apavc-cfia.fr>>
40. Par le CLAC : Les accidents de la vie courante, Grande cause nationale 2013 ? 14 janvier 2013. [Consulté en décembre 2013]
http://www.assureurs-prevention.fr/sites/jcms/p2_978209/fr/les-accidents-de-la-vie-courante-grande-cause-nationale-2013>
41. LAVAUD J. Accidents de l'enfant. Encyclopédie médicale et chirurgicale, AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 8-0940, 2002, 19p

42. SAINT PULGENT N, BRIAT E, CERQUEIRA J, GOUALC'H G, MARCHARD L. Livre blanc. « Prévenir les accidents de la vie courante ». . [Consulté en décembre 2013]
<<http://www.stopauxaccidentsquotidiens.fr/Documents-de-reference/Livre-blanc-Prevenir-les-accidents-de-la-vie-courante>>
43. CHOHOBIGARAT Maitena ; RENOUX Marc ; Etude des accidents domestiques chez les enfants de 0 à 5 ans au centre hospitalier de la Côte basque en 2008. Thèse d'exercice : Médecine générale : Bordeaux 2 : 2010. 2010BOR2M029
44. LAFRATE Jessica ; École de sages-femmes (Metz). Mémoire de sage-femme : Médecine : Metz : 2008. Prévention des accidents domestiques des enfants de moins de un an.
45. REBOLI Eric. Les accidents de la vie courante. Etude descriptive à partir du recueil des 10177 données EPAC 2004 du service des urgences pédiatriques du havre et projets de prévention pour l'agglomération Havraise. Thèse d'exercice : médecine. Année 2006. 2006ROUEM012. [Consulté en novembre 2013]
<<http://www.lehavresante.com/types/These%20du%20Dr%20Reboli.pdf>>
46. Application Smartphones : Des services gratuits chez vous ou sur votre mobile pour plus de sécurité au quotidien [Consulté en décembre 2013]
<<http://www.axaprevention.fr/applications-services/Pages/application-kisovki-2.aspx>>

47. Site Pediadoc. [Consulté en juin 2013]

[<http://pediadoc.fr/categorie/6/12/prevention-et-depistage-24-mois>](http://pediadoc.fr/categorie/6/12/prevention-et-depistage-24-mois)

48. La prévention des accidents domestiques : pages 36-37 des carnets de santé (carnet de santé depuis 2006).

49. Rapport annuel de l'Institut de veille sanitaire 2012 [Consulté en juillet 2013]

[<http://www.invs.sante.fr/publications/rapport_annuel/sources/index.htm>](http://www.invs.sante.fr/publications/rapport_annuel/sources/index.htm)

50. En collaboration avec l'INPES : site de prévention. [Consulté en juin 2013]

[<www.prevention-maison.fr>](http://www.prevention-maison.fr)

51. MACHARD Luc, BRIAT Éric, CERQUEIRA José, ROUY Claude. « Prévenir les accidents de la vie courante », le livre blanc un an après. Actes du forum organisé le 16 juin 2009 par la Commission de la sécurité des consommateurs, l'Institut national de la consommation et Macif Prévention [Consulté en novembre 2013]

[<http://www.securiteconso.org/wp-content/uploads/2012/11/actes_forum_ACVC_20091.pdf>](http://www.securiteconso.org/wp-content/uploads/2012/11/actes_forum_ACVC_20091.pdf)

52. Baromètre santé 2005 de l'INPES [Consulté en novembre 2013]

[<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf)

53. RICHARD Jean-Baptiste, THELOT Bertrand, BECK François. Accidents de la vie courante Baromètre santé 2010. Consulté en novembre 2013]
<<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1437.pdf>>
54. TELLNES G. An evaluation of an injury prevention campaign in general practice in Norway. Fam Pract. 1985 Jun. 2(2):91-3. [Consulté en décembre 2013]
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4007319>>
55. Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant.2008. [Consulté en novembre 2013]
<http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Summary_french.pdf>
56. Recommendation of NICE : Preventing unintentional injuries among under-15s.NHS. National Institute for health and Clinical Excellence(NICE). November 2010
[Consulté en décembre 2013]
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13274/51741/51741.pdf> >

ABSTRACT

Domestic and leisure accidents are the third global cause of death and the first cause of infant mortality in France. This is an important domain of prevention to promote. Yet studies carried out in 2001 and 2006 showed that general practitioners are not much involved into the primary prevention in this domain. What about the young generation?

The main objective was to understand how the residents of General Medicine integrated the prevention of child injury into their daily practice. The secondary objective tried to understand how they felt sensitized and to identify the obstacles to this prevention.

We realized a qualitative study with fifteen residents of General Medicine by individual semi directive interviews.

The results showed that the primary prevention was not realized in the majority of the cases. But the secondary prevention, after the occurrence of an accident, was almost systematic. Almost all considered that the doctor had an important role in primary and secondary prevention. The interns felt insufficiently sensitized and formed at this problem.

Two main obstacles they encountered were the lack of time and knowledge.

To promote more the primary prevention of domestic and leisure accidents in Pediatrics seems to be a priority objective for the residents of General Medicine.

Keywords : Leisure and domestic accidents, Pediatric, primary prevention, secondary prevention, sensitization, residents of General Medicine, General Medicine.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université *Paris Diderot*
Le Professeur *J. Mercier*

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer

Date *1/07/2014*



Professeur Jean-Christophe **MERCIER**
SAU Pédiatriques - FINESS 750803454
Hôpital Robert Debré
48, Bd Sérurier - 75019 Paris
Tél. : 01 40 03 22 72 - RPPS : 10003487575



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

TITRE ET RESUMÉ : LA PREVENTION ET LA CONNAISSANCE DES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE EN PEDIATRIE PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE.

Les accidents de la vie courante sont la troisième cause de mortalité globale et la première cause de mortalité infantile en France. C'est un domaine de prévention important à promouvoir. Or des études réalisées en 2001 et 2006 montraient que les médecins généralistes faisaient peu de prévention primaire dans ce domaine. Qu'en est-il pour la jeune génération ?

L'objectif principal était de comprendre comment les internes de Médecine Générale intégraient la prévention des accidents de la vie courante dans leur pratique quotidienne en Pédiatrie. Les objectifs secondaires cherchaient à comprendre s'ils se sentaient sensibilisés et d'identifier les obstacles à cette prévention.

Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de quinze internes de Médecine Générale par entretiens individuels semi-directifs.

Les résultats montraient que la prévention primaire n'était pas réalisée dans la majorité des cas. Mais la prévention secondaire, après la survenue d'un accident, était quasiment systématique. Presque tous considéraient que le médecin avait un rôle important en prévention primaire et secondaire. Les internes se sentaient insuffisamment sensibilisés et formés à la question. Les deux principaux obstacles qu'ils rencontraient étaient le manque de temps et de connaissances.

Promouvoir davantage la prévention primaire des accidents de la vie courante en Pédiatrie semble être un objectif prioritaire pour les internes de Médecine Générale.

Mots clefs : Accidents de la vie courante, Pédiatrie, prévention primaire, prévention secondaire, sensibilisation, internes de Médecine Générale, Médecine Générale.